

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA  
UNAN-MANAGUA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**Trabajo de Tesis Monográfica Para Optar al Título de  
Médico y Cirujano General**

**Tema:**

**Factores Relacionados con el Uso de Métodos Anticonceptivos  
Post Parto en el Centro de Salud con Camas "Bello  
Amanecer" Quilalí - Nueva Segovia Enero- Junio 2009**

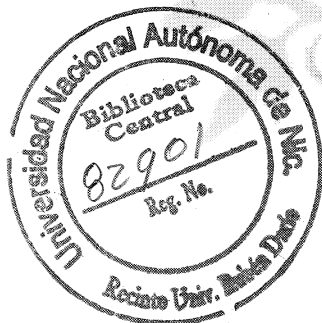
**Autor:**

**Br. Nelson Mauricio Olivares Cortez**

**Tutor:**

**Dr. Freddy Solís Díaz**

**Asesora Metodológica:  
Dra. Margarita Pérez López**



MED  
378.242  
oli  
2010

**ENERO, 2010.**

*Don X Med. - 12/02/2010 -*

*Removal 29/1/10*

*[Signature]*

# *Dedicatoria*

A Dios primeramente ya que él ha sido quien me ha brindado el precioso regalo de la vida, las fuerzas y el deseo de superación, así como por haberme fortalecido en los momentos de aflicción.

A mis padres Ángel Mauricio Olivares y Gloria María Cortez Solís, porque gracias a su amor, esfuerzo y dedicación cotidianos me han enseñado a dar siempre lo mejor de mí para alcanzar las metas que hasta hoy me he propuesto.

A mi adorada esposa Yesbel Juárez de Olivares, pilar de mi existencia por su amor incondicional y la calidez de su apoyo en los momentos difíciles.

**Con mucho cariño:**

**NELSON MAURICIO OLIVARES CORTEZ**

# *Agradecimiento*

A mis tutores **Dr. Freddy Solís Díaz y Dra. Margarita Pérez**, por su dedicación, paciencia, y extraordinario apoyo en la elaboración del presente trabajo, por sus críticas constructivas para la mejora y rectificación de los detalles claves con el fin de culminar exitosamente la investigación. Les agradezco eternamente por ser comprensivos y sobre todo dispuestos para la formación de profesionales de calidad.

A mis Padres, a quienes no encuentro las palabras para describir el profundo agradecimiento por su apoyo inmejorable en cada etapa de mi vida, y su preocupación permanente por la coronación de mis estudios y a mi esposa por sus palabras de aliento en las tempestades compartidas.

Y a todos los **Maestros** que a lo largo de la carrera aportaron su granito de arena para el correcto encarrilamiento de mi preparación profesional.

**!! MIL GRACIAS A TODOS !!**

## OPINIÓN DEL TUTOR

He revisado de forma detenida la tesis Monográfica FACTORES RELACIONADOS CON EL USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS POSPARTO QUILALI, NUEVA SEGOVIA realizado por Br Nelson Olivares Cortéz, en la que he podemos observar la utilización apropiada de la técnica de investigación y además se pueden observar las capacidades del autor para el análisis de la información encontrada en la encuesta realizada en este municipio rural del país.

Entre los hallazgos del Bachiller Olivares me llama la atención que se puede observar de manera clara que en las unidades de salud se ha logrado aumentar la promoción y provisión de los métodos anticonceptivos post nacimiento y post aborto. Sin embargo existen algunos retos que se deben de vencer aún, como son las dificultades para una elección informada de las usuarias. y que las principales determinantes para la selección de los métodos son: la disponibilidad de los mismos en las unidades y la voluntad de los prestadores de servicios de salud para la aplicación de los mismos.

Otro de los hallazgos relevantes es la alta disponibilidad de las usuarias a la utilización de los métodos y la cobertura de utilización al momento del egreso de las unidades de salud.

Considero que este primer esfuerzo de investigación por parte del autor abarca los requisitos para considerarlo muy bueno y por medio de la presente le insto a profundizar sus conocimientos y habilidades para la investigación en salud, la que en nuestro país es extremadamente deficitaria.

Solicito al honorable jurado valorar en toda su dimensión el esfuerzo y las dificultades que enfrentan los colegas jóvenes que realizan sus estudios de investigación, para de esta forma, calificar justamente este esfuerzo.

Managua Nicaragua a los catorce días del mes enero de dos mil diez

  
Dr Freddy Solís Díaz  
Ginecólogo Obstetra





## **RESUMEN DEL ESTUDIO**

El presente estudio investigativo es de tipo descriptivo y de corte transversal, el cual permitió determinar algunos Factores que influyen en el uso de Métodos Anticonceptivos Posparto en las usuarias que acuden al Centro de Salud con camas Bello Amanecer de Quilalí, Nueva Segovia entre Enero y Junio del 2009.

Las 204 usuarias que acudieron a la atención del parto en el Centro de Salud en el período comprendido entre Enero y Junio del 2009 constituyeron el universo del estudio. En la muestra se incluyeron 108 usuarias obtenidas a partir de un muestreo aleatorizado simple, por conveniencia, representativo para el período en estudio.

La investigación mostró que la atención prenatal y el puerperio inmediato son los momentos en que las usuarias refieren haber recibido con mayor frecuencia las consejerías acerca de Planificación Familiar Posparto por parte del personal de salud. Siendo además el momento más propicio para la toma de decisiones por parte de la usuaria el puerperio inmediato.

Dos tercios de las entrevistadas egresaron con un método anticonceptivo, encontrándose a la vez que el único utilizado con el que iniciaron la planificación familiar posparto durante el primer semestre del año 2009 fueron los inyectables.

Dado la problemática encontrada el estudio recomienda cuatro mensajes básicos como eje de la consejería de anticoncepción posparto: 1) la necesidad de espaciar los embarazos al menos con un periodo de dos años, 2) fomentar la lactancia materna exclusiva aclarando que a pesar de su uso existen posibilidades de tener embarazos no deseados, 3) la oferta de un método de planificación familiar para el egreso de la sala de maternidad con el fin de sensibilizar a las usuarias sobre el tema, y finalmente 4) especificar el momento oportuno para el uso de los mismos.

# INDICE

I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. ANTECEDENTES .....	4
III. JUSTIFICACIÓN .....	7
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	9
V. OBJETIVOS.....	10
5.1 Objetivo general.....	10
5.2 Objetivos Específicos .....	10
VI. MARCO TEORICO .....	11
VII. DISEÑO METODOLÓGICO.....	25
A. LISTADO DE LAS VARIABLES.....	29
B. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES .....	31
C. CRUCE DE VARIABLES.....	36
VIII. RESULTADOS DEL ESTUDIO .....	37
IX. DISCUSION Y ANALISIS DE RESULTADOS.....	46
X. CONCLUSIONES DEL ESTUDIO.....	60
XI. RECOMENDACIONES DEL ESTUDIO.....	62
XII. BIBLIOGRAFÍA.....	64
XIII.ANEXOS.....	68



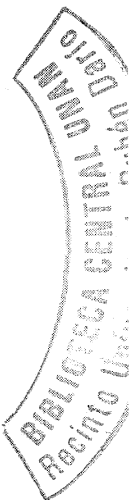
## **I. INTRODUCCIÓN**

Medio millón de mujeres en el mundo mueren al año por causas asociadas al embarazo, parto o puerperio. El 99% de estas muertes maternas ocurren en países pobres. Pese a todos los esfuerzos y a las políticas públicas, las cifras de progreso son menos alentadoras para las regiones en desarrollo. El riesgo de morir aumenta 30 veces más para las mujeres embarazadas que viven en regiones en desarrollo contra las que viven en regiones desarrolladas.

Las muertes se deben a causas obstétricas directas como hemorragia, sepsis, abortos inducidos e inseguros, hipertensión inducida por el embarazo y partos obstruidos. Por cada mujer que muere, otras 30 sobreviven con algún tipo de complicación como anemia, infertilidad, dolor pélvico, incontinencia, y fístula obstétrica entre otras.

La tasa de mortalidad materna en Nicaragua ha disminuido en los últimos años sin embargo, continúa siendo alta en relación a otros países del continente. En el año 2005, a nivel nacional la tasa de mortalidad materna fue de 89.6 x 100 mil nacidos vivos la cual puede ser aún mayor por el hecho de que ésta no es reportada adecuadamente cuando ocurre en el domicilio. Por otra parte, las muertes secundarias a un aborto inseguro tienden a ser ocultadas por las familias y tampoco se incluyen las muertes secundarias a los casos de violencia intrafamiliar asociada al embarazo de la víctima.

Se cuenta con una normativa específica relacionada con la promoción de la planificación familiar posterior al parto y al aborto: la prestación del servicio de Anticoncepción Post evento Obstétrico (APEO). Los principales esfuerzos de esta estrategia se centran en aumentar la proporción de mujeres que tienen su parto institucional, en el uso de la anticoncepción posparto y posaborto en las instituciones en las que éstos se atienden y en la consejería desde la atención prenatal.





La cobertura de la atención institucional del parto ha venido en aumento a través de diversas estrategias que mejoran el acceso de la población a los servicios de salud, como son, entre otras: la capacitación de las parteras tradicionales (personal comunitario) para la transferencia oportuna de las mujeres al momento del parto; la creación de casas u hogares maternos para las mujeres con más dificultades de acceso; el equipamiento para la atención del parto en centros y puestos de salud de zonas alejadas, y la promoción del parto institucional desde la atención prenatal (elaboración del plan de parto).

La normativa para la atención a las puérperas establece la realización de un plan de consejería, priorizando los mensajes de promoción y prevención con énfasis en: lactancia materna exclusiva, uso de métodos de planificación familiar, señales de peligro en el puerperio, cuidados del recién nacido, alimentación adecuada de la puérpera, signos de alarma del neonato, medidas de higiene para evitar infecciones, cuándo iniciar las relaciones sexuales, y citas para la vacunación del niño o niña y para la evaluación de la puérpera.

El monitoreo del puerperio se realiza mediante la verificación del llenado de la historia clínica perinatal base (HCPB) y el expediente, así como mediante los estándares normados. En general, el registro de la atención del puerperio es de sólo la tercera parte del total de nacimientos. A esto se le agregan las dificultades para su registro apropiado cuando se realiza después de los siete días posparto.

Otros factores determinantes son los bajos conocimientos, así como las prácticas inapropiadas de la población acerca de la sexualidad y de la anticoncepción en los períodos cercanos al parto. Uno de los aspectos que más influye es el desconocimiento del período para la recuperación de la fertilidad y de las opciones anticonceptivas disponibles en este período.



Es por eso que se pretende analizar los factores relacionados con el uso de métodos anticonceptivos Post Parto en el Centro de Salud con camas Bello Amanecer de Quilalí Nueva Segovia entre Enero y Junio del 2009, desde la perspectiva de las usuarias.



## **II. ANTECEDENTES**

Los esfuerzos por la reducción de la mortalidad materna, perinatal e infantil vienen realizándose desde la década de los 80', cuando en el marco de la Conferencia Internacional sobre Maternidad sin riesgo, celebrada en Kenia 1,987, representantes del Banco Mundial, USAID, UNFPA y OMS, junto con autoridades de más de 45 países, asumen el compromiso de apoyar un llamado a la acción sustentado en la iniciativa Mundial para una Maternidad Segura, en la cual se busca crear conciencia a nivel mundial sobre la condición de la salud de las mujeres, reflejado en las altas tasas de mortalidad materna, especialmente en los países en vías de desarrollo.

Nicaragua dentro el marco del Plan Nacional de Salud 2004 -2015, de los compromisos internacionales establecidos en los Objetivos del Milenio, en las metas expresadas en la Estrategia Reforzada de Crecimiento Económico y Reducción de la Pobreza (EERCERP) y más recientemente en el Plan Nacional de Desarrollo, se comprometió a reducir para el 2015, la tasa de mortalidad materna en 3/4 partes, y 2 /3 la tasa de mortalidad infantil, tomando como base el año 1994 y asume como una prioridad desde la perspectiva del abordaje integral, mejorar la calidad de la atención a la madre y al recién nacido, asegurando cambios importantes en los conocimientos, actitudes y prácticas a nivel de los proveedores de servicios como también en la población.

La Conferencia mundial de población celebrada en Bucarest en 1974 declaró que: "Todas las parejas y los individuos poseen el derecho básico de decidir libre y responsablemente el número y el espaciamiento de sus hijos" (51). En varias convenciones y conferencias en los campos de derechos humanos y de la mujer se ha ratificado el derecho a la planificación familiar:

- En Diciembre de 1979, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la Convención para la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer.



- En 1984 en la Ciudad de México, en la Conferencia Internacional sobre Población; en 1985, en Nairobi, en la Tercera Conferencia sobre la mujer.
- En 1989 en Ámsterdam en el Foro Internacional sobre Población en el siglo XXI.
- En 1993, en Viena, en la Conferencia Mundial de Derechos humanos.
- En 1994, La Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CCIPD) celebrada en El Cairo, constituyó un espacio de reflexión de la Comunidad Internacional acerca de los Derechos de las Personas en relación a la reproducción y el significado de los mismos en la promoción del desarrollo humano.

En el Beijing Platform for Action 1995, se afirma que los derechos reproductivos se basan en el reconocimiento del derecho básico de toda pareja e individuo de decidir, libre y responsablemente, la cantidad de hijos que desean tener, el momento oportuno para tenerlos y el tiempo entre embarazos, así como la de tener la información y los medios para concretar sus deseos, y el derecho de obtener el mayor estándar de salud sexual y reproductivo.

Según ENDESA O6-07 el 52% de población femenina está en edad fértil. De éstas, el 59% son menores de 30 años. El 56% de Mujeres en Edad Fértil están casadas o unidas y el 28% son solteras. La población urbana femenina tiene el 60% de MEF, y la rural, 40%.

En diversos estudios se ha estimado que la proporción de mujeres que se encuentran en riesgo de tener un embarazo no planificado<sup>1</sup> oscila entre el 15 y 18% del total de mujeres en edad fértil.<sup>2 3 4</sup> La caída de la fecundidad ha sido sostenida en los últimos 30 años siendo la tasa de fecundidad global en ENDESA 06 de 2.7 hijos por mujer representando un descenso del 50% respecto a la de 1985.

---

<sup>1</sup> Se trata de las mujeres que no desean embarazo al momento de la encuesta, están unidas y no usan ningún método de Planificación Familiar.

<sup>2</sup> Estudio de Estrategia de Promoción y atención en SSR en las EMP de Nicaragua- CMS- Summa Foundation – Nicaragua CMS-ALVA

<sup>3</sup> Estudio Salud Sexual y Reproductivas en 18 municipios de Nicaragua 2001 y 2003 CMS-Profamilia

<sup>4</sup> Salud Sexual y Reproductiva en Adolescentes de Nicaragua JICA-MINSA 2006



En la ENDESA 2006/07 casi la totalidad de las mujeres 99% han escuchado hablar de los métodos anticonceptivos modernos. El uso actual de Métodos de Planificación Familiar es de 72%. En el último periodo se observa una tendencia al cierre de brechas urbano rural.

En cuanto al uso por tipo de Métodos de Planificación Familiar se encontró en la última ENDESA 2006/07 que los más utilizados son la Esterilización Femenina (25%), Inyectable 23%, Píldora 13%, DIU 3%, Condón 4% y otros 4%. Un total de 28% de las mujeres no utilizan ningún Métodos de Planificación Familiar y entre 7-8% desean un embarazo al momento de la encuesta.

En cuanto las fuentes de obtención de los diversos métodos se encontró que el principal proveedor es el sector público, con el 67% del total de las Métodos de Planificación Familiar utilizados. En ENDESA 2006/2007 cuando se valoró la provisión de Métodos de Planificación Familiar por tipo de método observamos que el sector público proveía: el 78% de los inyectables, el 71% de las esterilizaciones quirúrgicas femenina, el 65% de los DIU y el 54% de las píldoras. El sector privado lo hizo con el 72% de los condones masculinos y 44% de las píldoras.





### **III. JUSTIFICACIÓN**

En Nicaragua las mujeres en edad fértil representan el 49% del total de mujeres, una de cada 4 mujeres adolescentes, entre 15 a 19 años, de edad ya son madres o están embarazadas, representando el 18% del total de embarazos. El 51% de los nacimientos son un evento deseado por las mujeres en edad fértil; 21% de ellas lo querían mas adelante y 27% no deseaban tener más hijos. Datos los cuales nos llevan a suponer que pese a la gran difusión que los métodos anticonceptivos han tenido en los últimos años su impacto en la población blanco aún no es el mas alentador, y que por ende los mecanismos de transmisión de los mismos deben sufrir mejoras que generen cambios de actitud reflejados en practicas positivas en cuanto Planificación Familiar.

En el país se ha observado un aumento en la utilización de los establecimientos de salud para la atención del parto y por otro lado la ENDESA 06-07 encontró una amplia cobertura en anticoncepción (71% de las Mujeres en Edad Fértil). Esto es gracias a una acción sostenida por medio de los programas de anticoncepción que desarrolla el MINSA y las diversas organizaciones de la sociedad en torno a este tema.

La Anticoncepción Post Parto es una estrategia reconocida por el MINSA como eficaz para el mejoramiento de las condiciones de las familias a través del espaciamiento de los embarazos. Sin embargo las acciones que deben desarrollar enfrentan diversos factores restrictivos tales como los conocimientos y prácticas más frecuentes de las usuarias.

A pesar de su deseo de posponer el embarazo siguiente por más de dos años, una alta proporción de usuarias posparto no sabe en qué momento es más probable que regrese su fertilidad. Esto causa que el inicio del uso de un método de planificación familiar se postergue y aumenta el riesgo de embarazo no planificado.



La información sobre planificación familiar que se brinda en el primer nivel de atención durante los controles prenatales suele ser de sensibilización. En el puerperio, los mensajes a la madre se concentran en los cuidados del recién nacido, lo que hace que la planificación familiar se posponga al puerperio extendido o al momento de reiniciar la vida sexual.

Por tales razones consideramos de vital importancia el desarrollo de un trabajo investigativo en el municipio de Quilalí, Nueva Segovia en cuanto a planificación familiar posparto, que sirva de base para la implementación de nuevas acciones preventivas tales como la educación sexual y consejería integral en los diversos momentos del embarazo, sobre todo en las mujeres con mayor riesgo reproductivo. Del mismo modo pretendemos fortalecer los programas y normas ya establecidas de manera que reflejen un cambio positivo en los conocimientos de las usuarias sobre métodos de planificación familiar en una etapa tan importante como el posparto.



---

#### **IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La planificación posparto lleva consigo inherente la búsqueda en la mejora de calidad de vida de las familias. En el MINSA existe una estrategia de Anticoncepción Post Evento Obstétrico, sin embargo esta estrategia afronta duras barreras relacionadas tanto en los conocimientos previos de las usuarias, así como en el grado de comprensión de la consejería por parte de las mismas en los diversos momentos de interacción con el personal de salud por lo cual nos planteamos la siguiente interrogante:

**¿Cuales son los Factores Relacionados con el Uso de Métodos Anticonceptivos Post Parto en el Centro de Salud con Camas “Bello Amanecer” de Quilalí - Nueva Segovia entre Enero y Junio del 2009?**



## **V. OBJETIVOS**

### **5.1 Objetivo general**

Determinar algunos Factores que influyen en el uso de Métodos Anticonceptivos Posparto en usuarias del Centro de Salud con camas Bello Amanecer de Quilalí, Nueva Segovia entre Enero y Junio del 2009.

### **5.2 Objetivos Específicos**

1. Reconocer las condicionantes socio-demográficas que influyen en la utilización de los Métodos anticonceptivos posparto.
2. Analizar la influencia de la consejería acerca de Métodos Anticonceptivos posparto en las usuarias durante los diversos momentos de atención (control prenatal, parto y puerperio).
3. Determinar la relación del nivel de conocimientos en fertilidad de las usuarias y el uso de Métodos Anticonceptivos posparto.
4. Identificar el Método Anticonceptivo más usado por las usuarias en estudio a su egreso de la sala de maternidad.



## **VI. MARCO TEORICO**

Nicaragua es signataria de una serie de compromisos nacionales e internacionales para la protección de la mujer en todas las etapas de su vida, en especial durante la gestación, el parto y puerperio. La muerte de una mujer por causas derivadas del embarazo, parto o aborto, es fiel reflejo del grado de desarrollo de un país. Por tanto, debe ser motivo de preocupación nacional el hecho de que la gran mayoría de las muertes que ocurren pueden ser evitadas en un 95% de los casos, aun con los limitados recursos de los que dispongamos, dado el papel fundamental de la mujer en la familia y la comunidad, las consecuencias de esta repercuten en general en toda la sociedad.

En el país aunque la Muerte Materna va en descenso, sigue siendo todavía una de las más altas de la región. Es importante mencionar que la Muerte Materna distribuye su gran peso porcentual durante el embarazo, parto, y puerperio. La distribución de la Muerte Materna en el territorio nacional está asociada a factores de pobreza, lo cual tiene relación directa con el acceso y la calidad de la atención prenatal, la cobertura institucional del parto, así como la calidad y la cobertura en la atención del puerperio. (21)

Nicaragua cuenta con un Plan Nacional de Salud de largo plazo, con alcance sectorial e integral, en el que se ha logrado articular varias iniciativas desde lo nacional hasta lo comunitario, con visión multicultural y multiétnica y con un gran sentido de compromiso nacional que ponen en relieve la importancia central de garantizar la salud materna e infantil.

También se cuenta con el Comité Interagencial de Salud Materna conformado por tres agencias del Sistema de Naciones Unidas; Fondo de Población UNFPA, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) junto a otros socios claves como la Agencia Internacional para el Desarrollo de Estados Unidos (USAID) a través de su Proyecto de Garantía de la





Calidad y la Agencia de Cooperación Alemana (GTZ), que desarrolla acciones para contribuir al fortalecimiento del Ministerio de Salud a través de la definición de agendas conjuntas que posibiliten potenciar el impacto de sus acciones. Uno de los resultados más recientes fue la firma en consenso de un Documento Estratégico para la Reducción de la Morbi-mortalidad Materna. (20)

El ministerio viene trabajando desde el Programa de Atención Integral a la Mujer en el desarrollo de la maternidad segura como una estrategia para mejorar la salud materna y perinatal el país. Sus objetivos son reducir la posibilidad de embarazos no deseados, las complicaciones durante el embarazo y parto y las muertes entre las mujeres que experimentan complicaciones. Dentro de las intervenciones que se desarrollan para alcanzar la maternidad segura se encuentra la planificación familiar.(7)

El cuidado de la salud sexual y reproductiva, incluyendo la información y los servicios de planificación familiar, se reconoce no solo como una intervención clave para mejorar la salud de las mujeres y las y los niños, sino también como un derecho humano. Todas las personas tienen derecho al acceso, la elección y los beneficios del avance científico en la selección de métodos de planificación familiar.

La salud reproductiva trata de asegurar que el individuo sea capaz de tener una vida sexual responsable, satisfactoria y libre de riesgo. Con la capacidad de reproducirse y la libertad para decidir cuándo y con qué frecuencia hacerlo. En esta última condición está implícito el derecho del hombre y la mujer a recibir información y tener acceso efectivo, aceptable a un costo razonable y libre de riesgo a los métodos de la regulación de la fecundidad de su elección, así como el derecho de acceder a los servicios adecuados de salud. Se deben de analizar todos los criterios de elegibilidad y las practicas recomendadas para ayudarles a elegir y usar un método de planificación familiar. (25)



En Nicaragua la tasa global de fecundidad ha venido en descenso, este descenso ha sido heterogéneo en la zona rural y entre las mujeres más desprotegidas es de 4.4 a diferencia de las mujeres en la zona urbana que es de 2.6, las mujeres en edad fértil representan el 49% del total de mujeres del país y dentro de estas, el grupo de población con mayor porcentaje es el de 10-19 años con 4.5%. La fecundidad no deseada es un factor clave en la agudización del riesgo de la muerte materna en estratos de población como la adolescente femenina que cuentan con menos activos sociales. (12)

El control de la planificación familiar promueve la disponibilidad de los distintos métodos anticonceptivos de manera tal que las personas puedan seleccionar el más apropiado a sus necesidades y circunstancias, por lo que la OMS desde 1999 promueve guías para la planificación familiar basadas en la evidencia, orientadas a determinar los “Criterios de elegibilidad médica para el uso de anticonceptivos” y “Selección de prácticas recomendadas para el uso de los mismos”.

Desde el programa de Planificación Familiar, del Ministerio de Salud, se promueven e implementan varias estrategias y métodos de planificación con el fin de aumentar las coberturas de planificación familiar a través de la ampliación de la oferta. En 1998, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y la Agencia Internacional para el Desarrollo (USAID) acordaron realizar esfuerzos conjuntos para fortalecer la oferta de los servicios de planificación familiar. Esta constituyó la primera experiencia de trabajo y financiamiento conjunto para un objetivo común en el área de logística anticonceptiva. A partir de este acuerdo, el sector público ha crecido como fuente de suministro de insumos anticonceptivos hasta en un 64%, seguido de las farmacias 19% y ONGs 16%.(20)

Aunque en los últimos decenios ha mejorado mucho la disponibilidad de servicios de planificación familiar, en muchos sectores la población sólo tiene un acceso marginal a los mismos, su calidad deja bastante que desear y ni su diseño ni su prestación responden a los intereses y necesidades de usuarias y usuarios.



Además de los métodos que tradicionalmente el Ministerio de Salud oferta tales como anticonceptivos orales, hormonas inyectables, preservativos etc. se promueven:

- . “El Método de Días Fijos” es un método que se basa en mecanismo de los métodos naturales: la abstinencia de las relaciones sexuales coitales en los días de máxima probabilidad de fertilidad de la mujer. Tiene como propósito solucionar las dificultades de acceso a la planificación familiar que tienen mujeres y parejas que por creencias culturales, religiosas o de salud no aceptan los métodos anticonceptivos modernos.
- . La Estrategia de “Entrega Comunitaria de Métodos Anticonceptivos” está destinada a las comunidades de difícil acceso.
- . Anticoncepción Pos Evento Obstétrico, es la estrategia que le permite a la mujer posponer un nuevo embarazo o finalizar su vida reproductiva, mediante la utilización de un método de planificación familiar temporal o permanente, inmediatamente después de un parto, cesárea o aborto y antes de abandonar la unidad de salud donde fue atendida o como parte de las acciones que se brindan durante la atención domiciliar ya sea para su atención o referencia previa información y consejería.

La consejería, es un proceso de análisis y comunicación de persona a persona, entre el prestador de servicios y el/la usuario/a potencial y el/la usuario/a activo. Este proceso incluye motivación, información y promoción. Se debe dirigir a resolver las necesidades individuales del usuario/a, aclarar dudas y cumplir con los seis pasos de la técnica de consejería de ACCEDA:

- a. **Atender** la persona usuaria
- b. **Conversar**, consultar y evaluar los conocimientos y necesidades de la usuaria.
- c. **Comunicar** a la persona usuaria cuáles son los métodos anticonceptivos disponibles.





- d. **Encaminar** la usuaria hacia la elección el método mas apropiado
- e. **Describir** cómo utilizar el método elegido:
- f. **Acordar** con la usuaria le fecha de visita de seguimiento.

### **Diferencia entre las necesidades de planificación familiar en el postparto y en el post aborto**

La planificación familiar post aborto forma parte en muchos países del programa posparto. En la práctica, sin embargo, estos programas se centran en las mujeres que acaban de tener un hijo, desinteresándose de aquellas que sufren complicaciones de un aborto.

Además, al combinar la asistencia posparto y post aborto se minimizan o ignoran por completo las diferencias entre esos dos grupos, con lo que se trata el post aborto como si fuera un posparto. Ahora bien, aunque ambas situaciones son semejantes en ciertos aspectos, existen algunos factores que difieren y han de tenerse en cuenta para que el programa sea eficaz.

Por otra parte, la fecundidad se restablece rápidamente en la situación de post aborto, mientras que tarda en restablecerse en el posparto, sobre todo cuando la mujer da el pecho. Además, las mujeres con complicaciones del aborto sólo suelen recurrir al sistema de salud a efectos de tratamiento, mientras que las nuevas madres lo utilizan con otros fines, como exámenes.

### **El espaciamiento de los nacimientos**

Para las parejas, las decisiones sobre el espaciamiento de los nacimientos pueden ser más complejas aún que decidir cuándo comenzar a tener hijos y cuándo dejar de tenerlos. Ya sea explícita o implícitamente, las parejas consideran los beneficios del espaciamiento más prolongado de los hijos frente a las desventajas sociales y económicas que les reporta. Si bien a nivel nacional el espaciamiento más



prolongado de los nacimientos contribuye a mejorar considerablemente la supervivencia y la salud de los niños y las madres, para muchos individuos las desventajas pueden pesar más que los beneficios adicionales para la salud de uno o dos años más de espaciamiento.

Los intervalos genésicos más largos son mejores para la salud de las madres y sus hijos, permiten que los padres dediquen más tiempo a cada hijo durante la infancia y dispongan de más tiempo para otras actividades además de las del cuidado de los hijos, y a menudo ejercen menos presión en las finanzas de la familia. Pero estos no son los únicos factores considerados por la pareja al decidir acerca del espaciamiento de los hijos.

Muchas parejas consideran de qué manera los intervalos genésicos afectan el empleo de la madre. En algunos países, por ejemplo, las mujeres que trabajan fuera del hogar tienden a dejar intervalos más cortos entre cada nacimiento a fin de completar rápidamente la familia y abreviar así al mínimo el tiempo fuera de la fuerza de trabajo o para reducir la carga económica y física de la crianza de los hijos. Otras parejas planean los intervalos teniendo en cuenta si tendrán o no ayuda al alcance de su bolsillo para el cuidado del niño.

En algunos países las mujeres tienden a casarse ya mayores y quizá prefieran tener los hijos más pronto, y no más tarde (1,33). Las mujeres de edad madura quizá quieran acelerar los nacimientos a fin de tener todos los hijos posibles antes de la menopausia (34). Así como algunas parejas escalonan los nacimientos de acuerdo a sus propias necesidades o deseos, otras prefieren no planearlos y dejar que el destino, o Dios decidan (2).

Puesto que en las decisiones de las parejas acerca del espaciamiento de los nacimientos influyen la situación y los deseos individuales y no solo los beneficios para la salud de los intervalos más largos, los nuevos mensajes que informan a las parejas que lo mejor son los intervalos de 3 a 5 años entre cada nacimiento, deberán



considerar las preferencias de estas. Sobre todo, no se culpará a las parejas de elegir intervalos más cortos ni se les hará sentir que son malos padres.

Las parejas y los individuos deben tomar sus propias decisiones acerca del espaciamiento, basándose para ello en la información correcta recibida y en la variedad de anticonceptivos que pueden escoger (30). Los proveedores y los programas de atención de salud tienen la responsabilidad de ayudarlos. Prescindiendo del largo de los intervalos que quieren dejar las parejas entre los nacimientos, los programas y los proveedores deben respetar y apoyar las decisiones de estas.

### **Cómo medir los intervalos genésicos**

La estimación de los intervalos reales y preferidos es importante porque estos sirven de instrumentos poderosos en el estudio, la programación y las recomendaciones (18). La elección del método de medición depende del uso previsto para los datos. Los investigadores suelen comparar los intervalos genésicos reales y preferidos para estimar la demanda potencial de servicios de planificación familiar. En los programas se encuentra útil medir el porcentaje de una población con intervalos menores de 3 años.

En los programas podrían medirse los intervalos genésicos medios reales y preferidos de las clientes para evaluar periódicamente cuán eficazmente están ayudando a las clientes a cumplir sus intenciones reproductivas. Finalmente los defensores de la salud pueden mostrar a las autoridades que sería posible salvar la vida de miles de niños si las mujeres pudieran escoger sus intervalos genésicos preferidos.

### **Intervalos reales**

Los intervalos pueden medirse de tres maneras distintas, y los diferentes programas e investigadores usan diferentes mediciones:



- El intervalo entre un nacimiento y otro (“intervalo genésico”), o sea, el período comprendido entre dos nacimientos de niños vivos consecutivos, de fecha de nacimiento a fecha de nacimiento.
- El intervalo entre el nacimiento y la concepción siguiente, o período de ingravidez, es el período que media entre el momento de dar a luz un niño vivo o mortinato y la concepción siguiente. El intervalo entre embarazos, o sea, el período transcurrido desde la concepción del primer hijo a la concepción del hijo siguiente.
- El intervalo entre embarazos se aplica especialmente para estudiar la relación con la salud materna pues incluye algunos embarazos que terminan en aborto provocado o espontáneo. Esto es importante porque los fetos concebidos pero no nacidos también influyen en la salud materno-infantil.

En el intervalo entre el nacimiento y la concepción siguiente queda excluido cualquier período de gravidez, y los investigadores suelen usarlo porque no resulta afectado si el segundo alumbramiento es prematuro. Un alumbramiento prematuro influye en la relación entre los intervalos y la mortalidad infantil; al quedar excluida la premadurez, se asegura que la mortalidad encontrada se debe a los intervalos más cortos y no a la premadurez (10). Por otra parte, generalmente es difícil estimar la fecha de la concepción, que se necesita para calcular el intervalo entre el nacimiento y la concepción siguiente y el intervalo entre embarazos.

Los intervalos genésicos utilizados en las Encuestas demográficas son datos fáciles de recoger y calcular, pero en ellos no se tienen en cuenta los abortos espontáneos e inducidos, de modo que, en promedio, los intervalos parecen más largos de lo que realmente son. En casi todos los cálculos de los intervalos genésicos se considera solo el intervalo anterior al nacimiento más reciente en los cinco años anteriores a la encuesta pues las mujeres por lo común no pueden recordar exactamente los detalles de tanto tiempo atrás (18).



## **Intervalos genésicos preferidos**

Los intervalos genésicos preferidos son más difíciles de medir que los intervalos genésicos reales. Las estimaciones se basan generalmente en la perspectiva de las mujeres y no incorporan las preferencias de los maridos porque las Encuestas Socio Demográficas no les hacen preguntas a los hombres sobre los intervalos genésicos que prefieren (3). Los investigadores pueden medir los intervalos genésicos preferidos de las mujeres de tres maneras diferentes: preguntándoles qué intervalo creen que es mejor; cuál es su preferencia para el intervalo genésico siguiente y qué opinan acerca del intervalo genésico más reciente. No se ha llegado a un consenso acerca de cuál es la mejor manera de abordar este tema (3).

## **Características de las mujeres**

Son varias las características demográficas y socioeconómicas que influyen en las prácticas de espaciamiento de las mujeres. Está incluida entre ellas la edad de la mujer al nacer cada hijo, el número de hijos que ya tiene y el grado de instrucción, la condición social, la participación en la fuerza de trabajo y el lugar de residencia.

## **Edad materna y número de hijos**

Las mujeres más jóvenes tienen más probabilidad que las mujeres de más edad de tener el hijo siguiente dentro de los 3 años. En la mayoría de los países las mujeres con menos hijos tienen intervalos genésicos más cortos que las mujeres con más hijos, pero en algunos países ocurre lo contrario (18).

## **Educación**

En algunos países es más probable que las mujeres con un nivel educativo más alto practiquen la anticoncepción para prolongar los intervalos genésicos. Además, estas mujeres tal vez trabajen fuera del hogar o vivan en regiones urbanas, condiciones ambas que pueden llevar a un espaciamiento más largo de los nacimientos (27,30). En contraste con otras regiones desarrolladas en las que las mujeres con más educación se casan más tarde y tienen los hijos en rápida sucesión (6,23).



Los investigadores no han explicado por qué el nivel educativo de las mujeres influye en los intervalos genésicos de distinta manera de un lugar a otro. Las diferencias en las preferencias acerca de la procreación pueden explicar algunas diferencias en el espaciamiento de los nacimientos

### **Condición social y empleo.**

Las mujeres de condición más baja, sea dentro del hogar o de la sociedad, y las mujeres que no están empleadas tienden a tener intervalos genésicos más cortos que las mujeres de condición más alta o que están empleadas (11).

En algunos países la participación en la fuerza de trabajo tiene poco o ningún efecto en el momento cronológico en que las mujeres tienen el primer hijo, pero tiene influencia cuando estas tienen los hijos subsiguientes. Además, las mujeres que trabajan fuera del hogar, sobre todo las que viven en zonas urbanas, pueden tener más instrucción y es más probable que practiquen la anticoncepción para espaciar los nacimientos (28).

### **Lugar de residencia.**

Las mujeres que viven en zonas rurales tienen más probabilidad que las que viven en zonas urbanas de tener intervalos genésicos de menos de 3 años. Las mayores diferencias se encuentran en América Latina y el Caribe, Europa Oriental y Asia Central. Estos hallazgos no causan sorpresa, puesto que las mujeres de zonas urbanas tienen mejor acceso a la educación y el empleo.

### **Normas culturales**

Las normas y costumbres culturales que influyen en las prácticas de espaciamiento incluyen la presión ejercida en la mujer para que esta demuestre su fecundidad, lactancia y prácticas de abstinencia puerperal. Las preferencias por los hijos varones pueden también influir en los intervalos genésicos.



### **Presión para demostrar la fecundidad.**

Ante la presión de las familias o la sociedad para que procreen, las parejas quieren tener el primer hijo muy pronto después del matrimonio y continuar teniendo hijos rápidamente. En algunas sociedades el hecho de tener muchos hijos seguidos es signo de virilidad masculina y de fecundidad femenina. En la sociedad tradicional de la India, por ejemplo, la procreación confiere prestigio a la nueva esposa, de modo que las parejas tienen el primer hijo muy pronto (5,24).

### **Prácticas de amamantamiento.**

Sea que la mujer amamante o no, con cuánta frecuencia y por cuánto tiempo son todos factores que han de influir en sus prácticas de espaciamiento de los nacimientos (8, 10, 22, 37, 38). En la mayoría de los países en desarrollo casi todas las mujeres amamantan a sus hijos recién nacidos (9, 16). La lactancia materna, empero, difiere de una cultura a otra, tanto en duración como en frecuencia (16,35). Entre las regiones en desarrollo la duración del amamantamiento se extiende desde un promedio de 14 meses en América Latina y el Caribe a 21 meses en el África Subsahariana (9).

Las prácticas de amamantamiento determinan por cuánto tiempo las mujeres permanecerán amenorreicas, sin menstruación, y por lo tanto con menos probabilidad de quedar embarazadas, después de dar a luz (36). Las mujeres que dan exclusivamente el pecho, o casi exclusivamente, permanecen amenorreicas por más largo tiempo (15). La amenorrea también es más larga cuando la mujer tiene más hijos y vive en la pobreza (36).

### **Abstinencia después del parto.**

Las parejas que no practican la abstinencia sexual después del parto, evitando la actividad sexual por varios meses después del nacimiento, tienden a tener rápidamente el hijo siguiente. La abstinencia después del parto, empero, es común en numerosos





países. Cuando esa abstinencia se prolonga por más tiempo que la amenorrea puerperal, esta práctica puede ayudar a las mujeres a demorar el embarazo siguiente. Las creencias tradicionales suelen influir en la actividad sexual después del parto (26). Mientras los tabúes contra la actividad sexual después del parto están muy extendidos, principalmente en África, la duración de la abstinencia después del parto varía grandemente dentro de los países y entre un país y otro (31).

En muchos países los efectos de la abstinencia después del parto y la amenorrea combinadas, la falta de susceptibilidad del posparto, explican el espaciamiento de los nacimientos por períodos de hasta 2 años (9,29).

### **Preferencia por el hijo varón.**

Las parejas que prefieren tener hijos varones tienden a tener el hijo siguiente poco después del nacimiento de una hija (10). La preferencia por los hijos varones es especialmente marcada en Asia Meridional y Oriental, donde las personas suelen valorar a los hijos de diferente manera que a las hijas (17,14).

### **Demanda potencial total para el espaciamiento**

En los países en desarrollo la demanda potencial total de anticonceptivos para espaciar los nacimientos es muy grande, aproximadamente un tercio de todas las mujeres en edad fértil. Las mujeres casadas con pocos hijos representan la mayor parte de la demanda potencial para el espaciamiento de los nacimientos. Además, algunas mujeres casadas sin hijos quieren demorar los primeros nacimientos (4,13).

Casi la mitad de la demanda potencial total de anticonceptivos en el mundo se registra entre las personas que quieren tener más hijos en el futuro. En otras palabras, el nivel de demanda potencial para espaciar los nacimientos es aproximadamente la misma que para limitar los nacimientos.





Una de las inferencias es que los programas de planificación familiar no satisfacen la necesidad de anticonceptivos de las mujeres más jóvenes y de otras que los quieren para espaciar los nacimientos tan efectivamente como las mujeres que desean limitarlos. Pero al mismo tiempo, las mujeres que quieren espaciar el nacimiento próximo pueden estar menos motivadas para usar anticonceptivos que las que no quieren más hijos (32).

Las consecuencias de un embarazo deseado pero inoportuno pueden ser menores que las de un embarazo no deseado, y por lo tanto puede ser menos probable que las mujeres que desean postergar el nacimiento siguiente usen anticonceptivos.

### **El uso de anticonceptivos para espaciar los nacimientos**

En la mayoría de los países en desarrollo, la anticoncepción se practica mucho más para limitar los nacimientos que para espaciarlos. El efecto del nivel de uso de anticonceptivos de un país en el intervalo genésico mediano varía de un país a otro, pero parece tener menos influencia donde el nivel de uso de anticonceptivos es más bajo.

Una explicación es que, como las mujeres que quieren limitar los nacimientos están más motivadas para prevenir el embarazo, generalmente son las primeras usuarias de los anticonceptivos temporales en un país. A la larga, el uso de anticonceptivos se vuelve más aceptable y las mujeres que quieren espaciar los nacimientos también comienzan a usarlos. A medida que aumenta el porcentaje de usuarias de anticonceptivos para espaciar los nacimientos, los intervalos genésicos comienzan a alargarse (32).



---

## **Necesidad insatisfecha para el espaciamiento**

Según las estimaciones, 17% de las mujeres casadas en edad fértil de los países en desarrollo tienen una necesidad insatisfecha de planificación familiar, según se ha encontrado en un nuevo estudio. Mundialmente, más de la mitad de la necesidad insatisfecha es para espaciar los nacimientos.

La actitud ambivalente, la falta de información y la oposición personal y familiar explican la mayor parte de la necesidad insatisfecha entre las mujeres que quieren postergar el nacimiento siguiente. La falta de acceso a servicios de planificación familiar es también un factor importante en numerosos países (32).

El concepto de necesidad insatisfecha para espaciar los nacimientos describe a las mujeres que no están recurriendo a la planificación familiar y dicen que quieren más hijos, pero no hasta después de dos o más años por lo menos, o que no están seguras si quieren o no tener otro hijo, o que quieren tener otro hijo pero no están seguras cuándo. Las mujeres embarazadas en un momento inoportuno y las que no están menstruando cuyos últimos nacimientos fueron inoportunos también están incluidas en la definición (13).

Las mujeres jóvenes y las puérperas tienen considerable necesidad insatisfecha para el espaciamiento. Las mujeres jóvenes representan la tercera parte de toda la necesidad insatisfecha, en su mayor parte para el espaciamiento (1,13). Además, muchas mujeres no usan anticonceptivos durante el puerperio pero tienen intención de hacerlo.



## **VII. DISEÑO METODOLÓGICO**

**Tipo de Estudio:** Se realizó un estudio de tipo descriptivo y de corte transversal.

**Área de estudio:** Centro de salud con camas Bello Amanecer de Quilalí ubicado al oeste del municipio atiende una población de 29032 habitantes, con servicios de Maternidad, Pediatría, Medicina integral y Cirugía, el cual cuenta con 3 médicos especialistas (pediatra, cirujano y medico integral), 6 médicos generales, 4 médicos en servicio social, 30 enfermeras profesionales y 10 auxiliares, cuenta con 28 camas censables; se atienden 760 partos aproximadamente por año, atendidos en su mayoría por médicos generales y en servicio social.

**Universo:** Estuvo constituido por las mujeres que acudieron a la atención del parto en el Centro de Salud en el período comprendido entre Enero y Junio del 2009 para un total de **204** usuarias.

A partir del Año 2008 se ha empezado a aplicar el MOSAFC, sin embargo esta aplicación con todos sus instrumentos ha adquirido mayor auge en el presente año. Por esta razón se decide tomar el primer semestre del 2009 como el período a evaluar, específicamente en cuanto a Planificación Familiar post parto.

### **Muestra y diseño muestral:**

La Población blanco del estudio estuvo compuesta por las mujeres que acudieron a la atención de los servicios de salud y tuvieron un parto entre Enero y Junio del año 2009. Debido a que se desea representatividad global de los partos institucionales atendidos en el municipio; se realizó un muestreo aleatorizado simple, por conveniencia, representativo para el período en estudio, en el que se contó con un registro de **204** partos ocurridos en el Centro de Salud con Camas Bello Amanecer, del municipio de Quilalí y que para tal cantidad se tomó como referencia el 50% de los mismos más seis. Así pues, se obtuvo un total de 108 usuarias a las que se encuestó durante el proceso de recolección de datos.



Para la selección de la muestra se enlistó la totalidad de los partos ocurridos en el período de estudio, se les asignó un número del 1-204 y a través de una selección por medio de una tómbola electrónica se escogieron 108 usuarias de estos servicios

#### **Criterios de inclusión al estudio:**

1. Mujeres que acudieron al Centro de salud con camas Bello Amanecer de Quilalí para atención del parto de sus hijos vía vaginal entre los meses de enero y junio del 2009.
2. Mujeres que accedan a responder a la encuesta

#### **Criterios de Exclusión**

1. Mujeres que acudieron al Centro de Salud con óbito fetal antes o durante la estancia hospitalaria
2. Mujeres que parieron en días diferentes a los señalados en el diseño muestral
3. Mujeres que se negaron a contestar las preguntas de los encuestadores

### **RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN**

Para lograr los objetivos propuestos se utilizaron técnicas de encuestas a usuarias. Se encuestó a las mujeres cuya atención del parto fue en la unidad de salud en estudio durante los meses de enero y junio del 2009, las cuales previa selección mediante el sorteo electrónico antes descrito, posteriormente fueron visitadas en su domicilio para la recopilación de la información enmarcada en el instrumento de recolección de datos implementado. Las fuentes primarias de información fueron las usuarias de los servicios.



Las secciones que se enmarcadas en el instrumento de recopilación de la información fueron:

1. Información socio demográfica de las usuarias.
2. Historia reproductiva y uso previo de métodos anticonceptivos.
3. Atención Prenatal.
4. Atención en el periodo de labor.
5. Atención del posparto inmediato.
6. Conocimientos de Fertilidad y Prácticas de Anticoncepción.

Así, pues, esta encuesta proporcionará datos sobre las siguientes variables:

- **Características socio demográficas:** procedencia, edad, estado civil, escolaridad, ocupación.
- **Historia reproductiva y uso previo de métodos anticonceptivos:** número de embarazos, deseo de último embarazo, uso previo de algún método y tipo de método.
- **Atención Prenatal:** asistencia, recurso que le atendió, consejería sobre anticonceptivos, elección de métodos de manera informada, comprensión de la información recibida, razones de no elección.
- **Atención del Parto y puerperio:** recurso que le atendió, oferta de métodos durante la estancia y después del alta hospitalaria, consejería sobre anticoncepción, elección informada de un método, recepción del método, comprensión de la información recibida.
- **Conocimientos de Fertilidad y Prácticas de Anticoncepción:** tiempo de recuperación de la fertilidad posterior al parto, lactancia materna-fertilidad, periodos de postergación del próximo embarazo, Uso de métodos



anticonceptivos al egreso hospitalario, tipo de método utilizado, razones de no uso y uso de los mismos al momento de la encuesta.

La recolección de la información la realizó el investigador personalmente en los domicilios de las usuarias en estudio. Las encuestas fueron digitadas en una máscara de captura de EPI INFO y procesadas en SSPS, a los datos obtenidos se les aplicó frecuencia y porcentaje los cuales fueron reflejados posteriormente en Tablas y gráficos según variable.

Para el estudio se implementaron cruces de la variable independiente o permanente con algunas de las variables dependientes.

**Análisis Univariado:** se realizó un análisis univariado, tanto para las variables dependientes como para la variable independiente. Básicamente se utilizaron para su análisis e interpretación Distribuciones de Frecuencias, Representaciones Gráficas y Medidas de Resumen (una media, desviación estándar, máximos y mínimos).

### **Consideraciones Éticas**

Antes de realizar las entrevistas, se solicitó el consentimiento informado de las personas entrevistadas. En todos los casos, se les informó el motivo del estudio, los riesgos y beneficios de su participación, su derecho de terminar la entrevista en el momento que deseen, su derecho a obtener información adicional sobre el estudio después de que termine la entrevista, y la garantía de que si eligen no responder esto no afectará de ninguna manera la prestación de los servicios. Los cuestionarios no incluyeron datos con los que se pueda identificar a los individuos, y el acceso a la información estuvo restringido al investigador.



## **A. LISTADO DE VARIABLES**

1. Procedencia.
2. Edad.
3. Situación conyugal.
4. Escolaridad.
5. Ocupación.
6. Paridad.
7. Deseo de último embarazo.
8. Uso previo de Métodos Anticonceptivos.
9. Tipo de método anticonceptivo usado previamente.
10. Asistencia a la atención prenatal.
11. Tipo de Recurso que le atendió en el control prenatal.
12. Consejería en Planificación Familiar posparto recibida durante el control prenatal.
13. Aceptación de un método anticonceptivo durante en el Control Prenatal.
14. Método de Planificación familiar decidido durante el Control Prenatal.
15. Razones de no selección de un método durante el control prenatal.
16. Comprensión de la información recibida en el control prenatal.
17. Tipo de Recurso que le atendió en labor.
18. Consejería en Planificación Familiar posparto recibida durante el parto.
19. Aceptación de un método anticonceptivo durante el Parto.
20. Método anticonceptivo decidido durante el trabajo de parto.
21. Razones de no selección de un método durante el trabajo de parto.
22. Comprensión de la información recibida durante el trabajo de parto.
23. Tipo de Recurso que le atendió en el Post parto inmediato.
24. Consejería en Planificación Familiar posparto recibida durante el puerperio.
25. Aceptación de un método anticonceptivo durante el puerperio.
26. Método anticonceptivo decidido durante el puerperio.
27. Razones de no selección de un método durante el puerperio.
28. Comprensión de la información recibida durante el puerperio.
29. Conocimiento de Recuperación de Fertilidad.



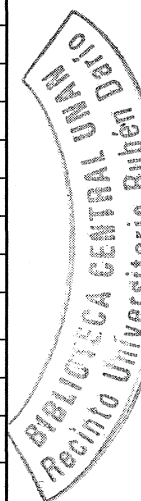
- 30. Conocimiento de Relación lactancia-fertilidad.
- 31. Deseo de Postergación del próximo Embarazo.
- 32. Uso de Método anticonceptivo al egreso
- 33. Método anticonceptivo usado al egreso.
- 34. Razones para no uso de un Método anticonceptivo al egreso.
- 35. Uso actual de un Método Anticonceptivo.





## B. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN DE VARIABLES	DIMENSIONES
<b>CARACTERÍSTICAS SOCIO – DEMOGRÁFICAS</b>		
Procedencia	Zona de origen de la usuaria	1 urbano 2. rural
Edad	Número en años cumplidos de la usuaria al momento del parto.	1.10-19 Años 2. 20-34 Años 3. 35 o más Años
Situación conyugal	Condición de la usuaria con respecto a su pareja	1. Soltera 2. Casada/ Acompañada
Escolaridad	Ultimo año de escuela aprobado por la usuaria	1. Analfabeta 2. Primaria 3. Secundaria 4. Universidad
Ocupación	Profesión o trabajo que realiza la usuaria	1. Doméstica 2. Comerciante 3. Trabajo de Oficina 4. Ama de casa 5.Agricultora 6. Otro
<b>HISTORIA REPRODUCTIVA Y USO PREVIO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS</b>		
Paridad	Número de embarazos de la usuaria incluyendo el último parto.	1. Uno 2. Dos 3. Tres 4.Cuatro o mas
Deseo de último embarazo	Grado de aceptación previa del último embarazo.	1 Si 2 No
Uso previo de métodos anticonceptivos	Usuarías que han utilizado antes del último embarazo, algún método anticonceptivo	1. Si 2. No
Tipo de método anticonceptivo usado previamente	Categoría de método anticonceptivo utilizado anteriormente al último embarazo	1. DIU 2. Inyectables 3. Gestágenos Orales 4. Preservativos 5. Otros





ATENCIÓN PRENATAL		
Asistencia a la atención prenatal	Usuarías que durante el último embarazo acudieron a los controles prenatales durante el embarazo.	1. Si
		2. No
Tipo de Recurso que le atendió en el control prenatal	Personal de salud que realiza la atención, según su calificación profesional	1. Médico general
		2. Médico en servicio social
		3. Enfermera
Consejería en Planificación Familiar posparto recibida durante el control prenatal	Explicación a la usuaria por parte del personal de salud acerca de Planificación Familiar posparto durante sus Controles Prenatales	1. Si
		2. No
Aceptación de un método anticonceptivo durante en el Control Prenatal	Usuarías que decidieron usar método anticonceptivo durante la información recibida en el Control Prenatal	1. Si
		2. No
Método de Planificación familiar decidido durante el Control Prenatal	Tipo de método seleccionado por la usuaria a través de la información brindada por el prestador de servicios durante el control prenatal	1. DIU
		2. Gestágenos Orales
		3. Preservativos
		4. Esterilización Quirúrgica Femenino
		5. Inyectables
		6. Otros
Razones de no selección de un método durante el control prenatal	Motivos expuestos por la usuarias que recibieron consejería en Planificación Familiar, para no seleccionar ningún método anticonceptivo durante el control prenatal	1. Temor
		2. No tenía pareja
		3. Considera que no era el tiempo adecuado
		4. Otros
Comprensión de la información recibida en el control prenatal	Nivel de entendimiento alcanzado por la usuaria en cuanto información brindada por los prestadores en el control prenatal	1. Mucho
		2. Poco
		3. Nada
ATENCIÓN DURANTE EL PARTO		
Tipo de Recurso que le atendió en labor	Personal de salud que realiza la atención del parto, según la calificación profesional de la persona	1. Médico general
		2. Médico Servicio social
		3. Enfermera



Consejería en Planificación Familiar posparto recibida durante el parto	Explicación a la usuaria por parte del personal de salud acerca de Planificación Familiar posparto durante el trabajo de parto	1. Si recibió información
		2. No, recibió información
Método anticonceptivo decidido durante el trabajo de parto	Tipo de método seleccionado por la usuaria por medio de la información brindada por el prestador /as de servicios durante el parto	1. DIU
		2. Gestágenos Orales
		3 .Preservativos
		4. Esterilización Quirúrgica Femenino
		5. Inyectables
		6. Otros
Aceptación de un método anticonceptivo durante el Parto	Selección de un método anticonceptivo después de la información brindada durante los diversos periodos del Parto	1. Si
		2. No
Razones de no selección de un método durante el trabajo de parto	Motivos expuestos por la usuaria para no seleccionar ningún método anticonceptivo durante el trabajo de parto, aun después de haber recibido información por parte del personal de salud	1. Temor
		2. No tenía pareja
		3. Considera que no era el tiempo
		4. Otros
Comprensión de la información recibida durante el trabajo de parto	Nivel de entendimiento alcanzado por la usuaria en cuanto información brindada por los prestadores durante el parto	1. Mucho
		2. Poco
		3. Nada
ATENCIÓN EN SALA DE PUERPERIO		
Tipo de Recurso que le atendió en el Post parto inmediato	Personal de salud que realiza la atención del puerperio inmediato, según la calificación profesional de la persona	1. Médico general
		2. Médico Servicio social
		3. Enfermera
Consejería en Planificación Familiar posparto en el Puerperio	Explicación a la usuaria por parte del personal de salud acerca de Planificación Familiar posparto durante el puerperio.	1. Si
		2. No
Aceptación de un método anticonceptivo durante el puerperio	Selección de un método anticonceptivo después de la información brindada durante el posparto inmediato	1. Si
		2. No
Método decidido durante el puerperio	Tipo de Método seleccionado por la usuaria a través de la información brindada por el prestador /as de servicios durante el puerperio inmediato	1. DIU
		2. Gestágenos Orales
		3 .Preservativos
		4. Esterilización qx.
		5. Inyectables
		6. Otros



Razones de no selección de un método en el puerperio inmediato	Motivos expuestos por la usuaria para no seleccionar ningún método anticonceptivo durante la atención del puerperio inmediato, aun después de haber recibido información por parte del personal de salud.	1. Temor
		2. Desconocía la información
		3. Considera que no era el tiempo
		4. Otros
Comprensión de la información recibida durante el puerperio	Nivel de entendimiento alcanzado por la usuaria en cuánto información brindada por los prestadores durante el puerperio.	1. Mucho
		2. Poco
		3. Nada
CONOCIMIENTOS DE FERTILIDAD Y PRACTICAS DE ANTICONCEPCION		
Conocimiento de Recuperación de Fertilidad	Período considerado como óptimo para la recuperación de la fertilidad ( a consideración de la usuaria)	Menos de 2 meses
		De 2 a 6 meses
		Siete meses o más
		No sabe
Conocimiento de Relación lactancia-fertilidad	Noción de la usuaria acerca del papel de la lactancia materna en la recuperación de la fertilidad	1. Considera que la lactancia le protege de embarazos no deseados
		2. Considera que la lactancia NO le protege de embarazos no deseados.
Deseo de Postergación del Próximo Embarazo	Es el tiempo considerado por la usuaria para esperar un nuevo embarazo	1. No desea más
		2. Menos de 2 años
		3. Más de dos años
Uso de Método anticonceptivo al egreso	Mujeres que al momento de egresar cuentan con un método de Planificación Familiar	1. Si
		2. No
Método anticonceptivo usado al egreso.	Tipo de Método proporcionado a la usuaria por parte del prestador /as de al egreso hospitalario	1. DIU
		2. Gestágenos Orales
		3 .Preservativos
		4. Esterilización Quirúrgica Femenino
		5. Inyectables
		6. Otros



Razones para no uso de un Método anticonceptivo al egreso	Motivos expuestos por la usuaria, que justifican su no uso de un Método anticonceptivo al egreso	1 Nadie le hablo de tema
		2. Le hablaron pero no quiso usarlo por temor
		3. Le hablaron pero no quiso usarlo por no tener marido
		4. Otras razones
Uso actual de un Método anticonceptivo	Usuarías que al momento de la encuesta están utilizando algún Método anticonceptivo	1. Si
		2. No



## **C. CRUCE DE VARIABLES**

1. Uso Previo de Métodos anticonceptivos vs. Edad.
2. Uso Previo de Métodos anticonceptivos vs. Situación conyugal.
3. Uso Previo de Métodos anticonceptivos vs. Deseo de último embarazo.
4. Uso de Método Anticonceptivo al egreso vs. Edad.
5. Uso de Método Anticonceptivo al egreso vs. Situación conyugal.
6. Uso de Método Anticonceptivo al egreso vs. Paridad.
7. Uso de Método Anticonceptivo al egreso vs. Consejería en Planificación Familiar Posparto durante el control prenatal.
8. Uso de Método Anticonceptivo al egreso vs. Comprensión de la información recibida durante el control prenatal.
9. Uso de Método Anticonceptivo al egreso vs. Consejería en Planificación Familiar Posparto durante el Parto
10. Uso de Método Anticonceptivo al egreso vs. Comprensión de la información recibida durante el parto.
11. Uso de Método Anticonceptivo al egreso vs. Consejería en Planificación Familiar Posparto durante el Puerperio.
12. Uso de Método Anticonceptivo al egreso vs. Comprensión de la información recibida durante el puerperio
13. Uso de Método Anticonceptivo al egreso vs. Conocimiento de Relación lactancia-fertilidad.



## **VIII. RESULTADOS DEL ESTUDIO**

1. Con respecto a la procedencia de las mujeres entrevistadas el 33.3% del total correspondían al casco urbano. La gran mayoría habitaban en las distintas comunidades del área rural del municipio correspondientes al 66.7%. **(Tabla No.1)**
2. El 40.7% de la población estudiada pertenecía al grupo etario entre los 10 y los 19 años de edad. El mayor porcentaje (57.4%), se encontró en el grupo comprendido entre los 20 y 34 años, y por último el 1.9% restante sobrepasaba los 35 años de edad. Encontrándose un mínimo para la edad de 14 años y un máximo de 41 años, para una media de 22.09 años con una desviación estándar de 5.510. **(Tabla No.1)**
3. El 87% de las mujeres en estudio tenían una situación estable con su pareja ya sea por casadas o acompañadas; en cambio el restante 13% se encontraban solteras al momento de la encuesta. **(Tabla No.1)**
4. Al revisar el nivel escolar de las usuarias encontramos que un 14.8% eran analfabetas, 48.1% habían asistido a la educación primaria. Un 29.7% alcanzó niveles secundarios de escolaridad y solamente un 7.4% tenía estudios universitarios. **(Tabla No.1)**
5. Con respecto a la ocupación de las mujeres encuestadas se puede observar que la gran mayoría eran amas de casa correspondientes al 83.2% de la población, el resto trabajaban como domesticas en casas particulares, tenían trabajos en una oficina y eran estudiantes en un 5.6% respectivamente. **(Tabla No.1)**
6. Según el número de hijos por mujer, el 44.5% solo tenían 1 hijo correspondientes al embarazo en cuestión. Un 33.3% tenían 2 hijos, las mujeres que tenían tres hijos y más de cuatro hijos representaban un 11.1% respectivamente. Encontrándose un mínimo de un hijo y un máximo de cuatro



con una media de 1.89 hijos por mujer y una desviación estándar de 0.998.  
**(Tabla No.2)**

7. Al momento de la encuesta 63.9% de las usuarias deseaban este último embarazo en contraste del otro 36.1% que no lo deseaban o preferían postergarlo para otro momento. **(Tabla No.2)**
8. La gran mayoría de las mujeres encuestadas correspondiente al 85.2% no habían usado algún método previamente, y solamente el 14.8% había utilizado algún método anticonceptivo previo a este último embarazo. Siendo el método más frecuentado los gestágenos orales representando el 87.5% del total de mujeres que previamente planificaban, y los inyectables el restante 12.5%.  
**(Tabla No.2)**
9. El 98.1% de las entrevistadas correspondientes a 106 usuarias se habían realizado controles prenatales durante el embarazo. **(Tabla No.3)**
10. La mayoría de las mujeres fueron atendidas por médicos generales (50.9%) durante sus atenciones prenatales, un 34% recibió atención de médicos en servicio social y solo un 15.1% fue atendido por el personal de enfermería.  
**(Tabla No.3)**
11. Durante la encuesta se indagó acerca de la consejería en Planificación Familiar posparto en la Atención Prenatal y el 81.1% de las mujeres entrevistadas recibió este tipo de información, en contraste con el restante 18.91% que refirieron no haberla recibido. **(Tabla No.3)**
12. Del total de usuarias que recibieron Consejería en Planificación Familiar solo un 25.6% escogieron algún método anticonceptivo posparto durante los controles prenatales, que en su totalidad fueron métodos inyectables; así pues la gran mayoría (74.4%) no aceptó ningún método anticonceptivo en este momento.  
**(Tabla No.3)**





13. De las 64 usuarias (74.4%) que no escogieron un método de planificación familiar posparto durante los controles prenatales la gran mayoría (65.6%) consideró que no era el momento adecuado para hacerlo, mientras que un 21.9% no tenía pareja y solo un 9.4% referían sentir temor durante esta instancia. **(Tabla No.3)**
14. el 72.1% de las usuarias (76.7%) entendieron poco de la información recibida acerca de Planificación Familiar Posparto durante los controles prenatales, solo un 23.3% refirieron haber entendido mucho acerca del tema y el restante 4.6% no entendió nada. **(Tabla No.3)**
15. Al momento del trabajo de parto el 77.7% de las usuarias fueron atendidas por médicos generales, el segundo puesto fue ocupado por los médicos en servicio social con un 17.6% del total y apenas 4.7% correspondientes a cinco partos fueron atendidos por el personal de enfermería. **(Tabla No.4)**
16. Durante la atención de parto las mujeres en estudio refirieron en un 37.1% no haber recibido consejería en métodos anticonceptivos posparto mientras que un 62.9% obtuvieron tal información por parte del personal de salud, de las cuales un 70.6% aceptaron utilizar algún método todos ellos inyectables. **(Tabla No.4)**
17. Entre las razones de no elección de un método anticonceptivo durante el parto destaca en primer lugar el hecho de que la usuaria no consideraba que era el momento adecuado con un 50% y el no tener pareja con un 25% en segundo lugar, y un 20% correspondiente a cuatro usuarias refirieron no haber aceptado un método por temor. **(Tabla No.4)**
18. De las 68 usuarias que recibieron consejería acerca de métodos de planificación familiar posparto el 50% entendió poco acerca de la información brindada por el personal de salud durante el trabajo de parto, menos de la mitad (45.6%) entendió mucho del tema en cuestión durante esta instancia y 3 usuarias (4.4%) no comprendió nada de la misma. **(Tabla No.4)**



19. Al momento de la encuesta 75.9% de las usuarias refirieron haber sido atendidas por médicos generales a los 8 horas del puerperio, un 18.5% fueron atendidas por médicos en servicio social y el restante 5.6% recibieron atención por el personal de enfermería de la unidad en estudio. **(Tabla No.5)**
20. Al momento del posparto inmediato la mayoría de las usuarias (96.3%) recibieron información acerca de métodos anticonceptivos posparto en contraste con un pequeño grupo de 3.7% que no recibió tal información. **(Tabla No.5)**
21. El 69.2% de las usuarias que contaban con dicha consejería durante el puerperio aceptó utilizar algún método para posponer un próximo embarazo, en su totalidad inyectables, mientras que el restante 30.8% no eligió ninguno. **(Tabla No.5)**
22. Dentro de las razones para no uso de un método anticonceptivo posparto durante el puerperio predominó el hecho de que la usuaria no tenía pareja con un 43.7%, en segundo lugar las usuarias no consideraron este momento el adecuado para iniciar la planificación familiar en un 31.3%, otro 18.8% tuvo temor durante esta instancia y 2 usuarias correspondientes al 6.2% de las mismas se abstuvieron de hacerlo por encontrarse su pareja fuera del país. **(Tabla No.5)**
23. De las 104 usuarias que recibieron consejería acerca de métodos de planificación familiar posparto mas de tres cuartas partes (76.9%) entendió mucho la información brindada por el personal de salud durante el puerperio inmediato, y menos de un cuarto (23.1%) entendió poco acerca del tema en cuestión durante esta instancia. **(Tabla No.5)**



24. Al indagar a las usuarias sobre la percepción del periodo considerado óptimo para la recuperación de la fertilidad el 48.1% afirmaba que este era entre los dos y los seis meses posteriores al parto, un 36.1% refirió que era posterior a los siete meses, otro 8.3% no tenían idea del tema y el último 7.5% consideraba que era antes de los dos meses posteriores al parto. **(Tabla No. 6)**
25. En cuanto a la relación lactancia- fertilidad más de la mitad de las entrevistadas correspondientes a un 59.3% consideraban que la lactancia materna protege de embarazos en contraste con el otro 40.7% que opinaba todo lo contrario. **(Tabla No. 6)**
26. Más de dos tercios de las usuarias encuestadas (67.6%) pretendían postergar otro embarazo en un período mayor de dos años, un segundo grupo correspondientes al 21.3% no deseaban más embarazos y sólo una mínima parte (11.1%) esperarían menos de dos años para embarazarse nuevamente. **(Tabla No. 6)**
27. Al momento del egreso 72 usuarias (66.7%) recibieron un método anticonceptivo en su totalidad inyectables mientras que el 33.3% restante fue dado de alta sin ningún contraceptivo. **(Tabla No. 6)**
28. Dentro de las razones para no utilizar un método de planificación familiar posparto a su egreso, en las 36 usuarias de este grupo, destacaba el que 38.9% no tenía pareja en ese momento. Cabe resaltar que 11.2% desconocían tal información, 16.6% tenían temor en esta instancia y un 33.3% sugerían otras razones como el que acudirían posteriormente a planificar, que su pareja estaba fuera del país, entre otras. **(Tabla No. 6)**
29. Al momento de la entrevista el 74.1% de las usuarias estaban usando un método anticonceptivo y solo un 25.9 aún no contaban con ninguno todavía. **(Tabla No. 6)**



30. Al comparar la consejería en Planificación Familiar posparto en los diversos momentos de contacto con el personal de salud se encontró que la mayor parte de las usuarias refirieron haber recibido tal información durante el puerperio con un 96.3% con solo 3.7% que no la recibió en este momento. En segundo lugar durante la atención prenatal en donde el 81.1% la recibió y el restante 18.9% no; y por último el momento en que menos refirieron haber recibido consejería de anticoncepción posparto fue en el periodo de labor con un 62.9%. **(Tabla No. 7)**

31. La aceptación de un método anticonceptivo posparto tuvo el mayor porcentaje durante el trabajo de parto con un 70.6%, seguido del puerperio inmediato en donde el 69.2% aceptó iniciar la planificación familiar y un 30.8% refirió no haberlo hecho en este momento. Finalmente durante el control prenatal solo un 25.6% del total de usuarias que recibieron consejería aceptó un método. **(Tabla No. 8)**

32. La razón que más predominó para la no selección de un método durante los controles prenatales y el parto fue el no considerar estos el momento adecuado con un 65.6% y 50% respectivamente, seguidos por el hecho de no tener pareja con un 21.9% y 25% respectivamente para cada momento. Sin embargo durante el puerperio inmediato la razón que predominó fue el no contar con una pareja con un 43.7% y en segundo lugar el no considerar este el momento adecuado. **(Tabla No. 9)**

33. Al realizar el cruce entre el uso previo de métodos anticonceptivos y la edad de las usuarias en estudio encontramos que el 50% de las mujeres que usaban algún método previo a este embarazo tenían entre 10 y 19 años; el otro 50% lo comprendían aquellas con edades entre los 20 y 34 años observándose un 0% en las usuarias mayores de 35 años. **(Tabla No. 10)**



34. La relación entre el uso previo de métodos anticonceptivos y el estado civil arrojó que el 100% de las usuarias que planificaban antes de este último embarazo eran casadas o acompañadas en cambio el grupo de las solteras no aportó nada a esta variable. **(Tabla No. 11)**
35. El 72.8% de las usuarias que no utilizaban previamente un método anticonceptivo si deseaban este último embarazo al contrario del restante 27.2% que también planificaban con anterioridad que no deseaban el embarazo en cuestión. **(Tabla No. 12)**
36. El grupo de edad en las usuarias en estudio que más egresaron con un método anticonceptivo fue el grupo mayor de 35 años con un 100% , seguido del comprendido entre los 10 y 19 años de edad con 77.3% del total siendo las mujeres entre 20 y 34 años de edad las que menos egresaron planificando con 58.1%. **(Tabla No. 13)**
37. Con respecto al estado civil se demostró que el 100% de las mujeres solteras egresaron sin ningún método anticonceptivo posterior al parto , comparado con las usuarias casadas o acompañadas en donde el 76.6% fue dado de alta planificando y el restante 23.4% no **(Tabla No. 14)**
38. En el presente estudio se observó que las mujeres con un solo hijo fue el grupo que más egreso con un método anticonceptivo de sala de maternidad con un 79.2% seguido de las mujeres con tres hijos con un 66.7% , sin embargo las usuarias con cuatro o más hijos fue dada de alta planificando en tan solo un 50%. **(Tabla No. 15)**
39. El 65.1% de las entrevistadas que si recibieron consejería en planificación familiar pos parto durante el control prenatal egresaron utilizando algún método anticonceptivo con un solo un 34.9% que a pesar de haber recibido tal información no planificaron a su alta hospitalaria . Por otro lado el 70% de las



usuarias que no refirieron haber recibido dicha consejería igualmente egresaron con algún método de planificación familiar. **(Tabla No. 16)**

40. Durante la atención prenatal el 80% de las entrevistadas que comprendieron mucho la información recibida afirmaron haber egresado con un método de planificación familiar, aquellas que comprendieron poco lo hicieron en un 61.3% y finalmente de las que no comprendieron nada solo un 50% inicio la anticoncepción posparto. **(Tabla No. 17)**

41. Al relacionar la consejería en planificación familiar posparto durante el trabajo de parto se observó que 67.6% de las usuarias que si la recibieron fueron dada de alta con un método anticonceptivo comparado con aquellas mujeres que refirieron no haber recibido tal información donde un 65% igualmente egreso planificando de la sala de maternidad. **(Tabla No. 18)**

42. Al momento del trabajo de parto el 93.5% de las usuarias que comprendieron mucho la consejería en planificación familiar utilizaron algún método anticonceptivo a su egreso hospitalario, las que comprendieron poco planificaron en un 47.1% y solamente 33.3% de aquellas que no comprendieron nada fueron dada de alta con un método anticonceptivo. **(Tabla No. 19)**

43. Al momento del puerperio inmediato el 69.2% de las usuarias que recibieron consejería en planificación familiar fueron dada de alta con un método anticonceptivo, el restante 30.8% a pesar de haber recibido tal información decidió no planificar a su egreso. El 100% de las entrevistadas que no recibieron la consejería en esta instancia egresaron sin ningún método anticonceptivo. **(Tabla No. 20)**



44.El 80% de las mujeres que comprendieron mucho la información recibida durante el puerperio fueron dadas de alta usando un método anticonceptivo .Las que comprendieron iniciaron la planificación familiar en solamente un 33.3%.

**(Tabla No. 21)**

45.Al indagar sobre el conocimiento de las usuarias de la relación existente entre la lactancia y fertilidad el 56.2% de las que consideran que la lactancia si protege de embarazos no deseados fueron dadas de alta sin ningún método anticonceptivo en cambio aquellas que afirmaron que la lactancia no les protege de embarazos no deseados planificaron en un 100% al ser dadas de alta.

**(Tabla No. 22)**



## **IX. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS**

### **a. CARACTERÍSTICAS SOCIO - DEMOGRÁFICAS**

1. .Dos tercios de la población en estudio habita en las áreas rurales del municipio, lo cual se corresponde con la distribución poblacional en Quilalí en donde solo un 20% de habitantes se encuentran en el casco urbano. Este es un hallazgo muy importante a tomar en cuenta ya que aunque diversos estudios internacionales muestran que las mujeres que viven en zonas rurales tienen más probabilidad que las que viven en zonas urbanas de tener intervalos genésicos menores de 3 años, la última ENDESA demuestra la brecha entre el área urbana y rural ha disminuido, producto del incremento del uso de anticonceptivos en el área rural, dicha diferencia entre área urbana y rural ha pasado de 28 puntos en 1992/93 a 5 puntos en el 2006/07. **(Tabla No.1)**
2. Más de la mitad de la población en estudio presentaba edades óptimas para el embarazo comprendidas entre los 20 y 34 años, lo cual representa un factor a favor del uso de métodos anticonceptivos posparto; ya que como se evidencia en un estudio realizado en el Instituto de salud Reproductiva de la Universidad de Georgetown en 1997, las mujeres más jóvenes tienen mayor probabilidad que las mujeres de más edad de tener el hijo siguiente dentro de un período menor a los 3 años (18). Por tal razón consideramos que el porcentaje de usuarias adolescentes en estudio es realmente alto si tomamos en cuenta el riesgo de un próximo embarazo de manera temprana. **(Tabla No.1)**
3. Satisfactoriamente durante el estudio se encontró que la mayor parte de las usuarias tenían relaciones estables de pareja ya sea casadas o acompañadas, factor de suma importancia, ya que en muchos estudios se ha determinado que la falta de éste conlleva un alto riesgo durante el embarazo. Por el contrario un 13% de las usuarias en estudio tendrán que enfrentar la crianza de sus hijos solas, a la vez que se encontrarán en una situación de peligro debido a que una





vez finalizado el embarazo pueden reiniciar su vida sexual sin ningún tipo de protección. **(Tabla No.1)**

4. Un hallazgo a considerar siempre es el nivel de escolaridad que tienen las usuarias, donde encontramos una tasa de analfabetismo del 14.8%, siendo la media nacional del 18.6% y para el departamento de Nueva Segovia ENDESA encontró el 22.1%, por lo tanto las cifras se corresponden de forma general. Asociando esto al hecho de que casi la mitad de usuarias solo cursó estudios de educación primaria es de suma importancia incluir un lenguaje popular y sencillo durante las consejerías de Planificación Familiar posparto para un mayor nivel de comprensión de la misma por parte de la usuaria. **(Tabla No.1)**
5. Dado la idiosincrasia de la población nicaragüense y de esta zona del país en particular, es común encontrar que la mayor parte de las mujeres encuestadas son amas de casa en un 83.2%. En un estudio de planificación familiar realizado por Stover en 1998 acerca de los determinantes de fertilidad en los trabajadores refleja que las mujeres que trabajan fuera del hogar, pueden tener más instrucción y es más probable que practiquen la anticoncepción para espaciar los nacimientos (28) por tanto el hecho de que estas usuarias sean en su mayoría amas de casa representa un factor de influencia negativa para la anticoncepción posparto. **(Tabla No. 1)**



---

## **b. HISTORIA REPRODUCTIVA Y USO PREVIO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS**

6. Al indagar sobre el número de hijos por mujer se puede observar que más de la mitad de las entrevistadas tenían dos hijos o más. Esta proporción puede ser alta con respecto a la media nacional ya que ENDESA 2006-2007 tiene un promedio de 2.7 hijos por mujer, siendo este un factor influyente para el uso de un método anticonceptivo posparto por parte de la usuaria. En los países en desarrollo de las mujeres casadas con pocos hijos representan la mayor parte de la demanda potencial de anticonceptivos para el espaciamiento de los nacimientos. Además, algunas mujeres casadas sin hijos quieren demorar los primeros nacimientos (4,13). **(Tabla No.2)**
7. Es de gran importancia el hecho de que aproximadamente dos tercios de las usuarias encuestadas (63.9%) en ese momento referían, haber deseado el embarazo en cuestión, ya que las consecuencias de un embarazo deseado pero inoportuno pueden ser menores que las de un embarazo no deseado, y por lo tanto es más probable que las mujeres que desean postergar el nacimiento siguiente usen anticonceptivos, según un artículo publicado en el New York Earth Times Books en 1999 acerca de población y desarrollo en un mundo globalizado. **(Tabla No.2)**
8. Con respecto al uso previo de métodos de Planificación Familiar la mayor parte de las usuarias en estudio (85.2%) no habían utilizado ninguno, lo que guarda relación con el hecho de tratarse de embarazos deseados en su mayoría. Dentro de los métodos más utilizados tenemos los gestágenos orales en un 87.5%, y los inyectables en el restante 12.5%. Aquí mismo encontramos una tendencia a la abstinencia en el uso del preservativo y el DIU, dato relevante a tener en cuenta si partimos del hecho de que 55.5% de las usuarias tenían más de dos hijos. **(Tabla No.2)**



---

### **c. ATENCIÓN PRENATAL**

9. El 98.1% de las pacientes encuestadas se habían realizado controles prenatales durante el embarazo, lo que coincide con las cifras de cobertura del programa a nivel departamental, que según la última ENDESA esta cifra fue del 98% para Nueva Segovia; dato relevante ya que la atención prenatal disminuye el riesgo de muerte, tanto materna como perinatal, y propicia una adecuada atención del parto, siendo además un momento oportuno para la sensibilización en cuanto a métodos anticonceptivos posparto. **(Tabla No.3)**
10. La atención prenatal de las usuarias en estudio se llevó a cabo en su mayoría por personal médico, en un 84.9%, lo cual es superior al promedio nacional que es de 62% según la última ENDESA, dato de suma importancia, ya que, aún tratándose ésta de una zona en su mayoría de carácter rural y lejos de la zona del pacífico la cobertura del personal médico alcanza altos niveles en la atención prenatal. **(Tabla No.3)**
11. Según las Normas de Atención Prenatal dentro de las prácticas que se deben incluir a partir del tercer control se encuentra la consejería en planificación familiar posparto, encontrándose en el presente estudio que el 81.1% de usuarias refirieron haber recibido alguna tipo de consejería relacionada con Anticoncepción Posparto y sin embargo de estas solo una cuarta parte eligió en ese momento algún tipo de Método Anticonceptivo lo cual es comprensible dado que en estas instancias la usuaria está mas preocupada por los detalles propios del embarazo y la terminación del mismo, relegando a un segundo plano el espaciamiento de un próximo embarazo. **(Tabla No.3)**



12. Es sorprendente encontrar que en su totalidad las usuarias que aceptaron algún método anticonceptivo durante las consejerías en atención prenatal seleccionaron los inyectables, lo cual denota un marcado abandono del DIU el cual representa 187 veces menos el costo por mujer al año que los inyectables<sup>5</sup>, e implica menor riesgo de lesiones neoplásicas en un futuro sobre todo en mujeres adolescentes en las que están contraindicado los inyectables trimestrales. **(Tabla No.3)**
13. Un dato relevante encontrado durante la entrevista es que dos tercios de las usuarias que no aceptaron un método durante los controles prenatales refirieron no considerar estos encuentros como el momento idóneo para pensar en la planificación familiar posparto, lo cual en gran parte está influenciado por lo expuesto anteriormente en cuanto a que dicha decisión no es de gran trascendencia para el futuro inmediato de la usuaria, por lo que prefiere postergar tal decisión para otra ocasión. **(Tabla No.3)**

#### **d. ATENCIÓN DURANTE EL PARTO**

14. Durante el momento del parto, encontramos que la gran mayoría de las mujeres fueron atendidas por médicos (95.3%) esto es superior a las cifras encontradas en ENDESA 2006/7 donde la proporción es del 72%. En esta unidad el personal de enfermería se responsabilizó del 4.7% de los partos ocurridos en el primer semestre del 2009. Esta cifra en el contexto nacional es apenas del 1.3% de los nacimientos. **(Tabla No.4)**
15. Un hallazgo relevante encontrado durante la atención del parto, es que menos de dos tercios de las encuestadas refirieron haber recibido algún tipo de información acerca de planificación familiar posparto, sin embargo a diferencia de lo expresado durante el control prenatal la mayoría eligió un método de planificación familiar para el momento del egreso; lo cual evidencia que las

---

<sup>5</sup> Banco Interamericano del Desarrollo, Cuentas de Salud Reproductiva en América Latina.



usuarias en esta instancia reconocen la importancia de la postergación o espaciamiento de un siguiente embarazo dado la conclusión próxima del mismo. **(Tabla No.4)**

16. Al igual que durante la atención prenatal encontramos como primera opción los inyectables en un 100%, tomando en cuenta que dentro de los insumos médicos presentes en la unidad se encuentra el DIU, este dato habla de una tendencia sustentada por las facilidades que los inyectables implican tanto para los proveedores como para las usuarias por su sencillo empleo. **(Tabla No.4)**
17. El 54.4% de estas pacientes refirió haber entendido poco o nada la consejería recibida al momento del parto, lo cual disminuyó en esta instancia con respecto a las cifras encontradas durante la atención prenatal, más sin embargo aún continúa siendo alta si partimos del hecho que este momento conlleva a la culminación del embarazo y por ende la comprensión de dicha información va a ser clave para la toma de decisiones. **(Tabla No.4)**
18. Nuevamente observamos que durante el trabajo de parto la mitad de las usuarias que recibieron consejería en planificación familiar y que no aceptaron un método, consideraron que éste no era el momento más indicado para su elección, siendo esta, al igual que durante el control prenatal, la razón o motivo mas frecuente usado por las encuestadas para postergar el inicio de la planificación familiar posparto. **(Tabla No.4)**



#### **e. ATENCIÓN DURANTE EL PUERPERIO**

19. Un momento de mayor trascendencia por ser la última instancia de acercamiento entre el personal y la usuaria es el puerperio inmediato, un dato positivo de suma relevancia encontrado en el presente estudio es que el 96.3% de las mujeres entrevistadas recibió consejería acerca de métodos anticonceptivos posparto durante el puerperio inmediato. Por lo tanto esto refleja que este es el momento mas preferido por parte del personal para sensibilizar a las usuarias acerca de la importancia del espaciamiento de los embarazos aprovechando la finalización del último. **(Tabla No.5)**

20. Más de dos tercios de las usuarias (69.2%) que recibieron consejería en planificación familiar durante el posparto inmediato aceptaron utilizar un método anticonceptivo; lo cual refleja la importancia de dicha información en este momento, ya que por implicar repercusiones para el futuro inmediato de las usuarias ellas están más concientes y dispuestas a postergar un futuro embarazo. **(Tabla No.5)**

21. Al igual que en los dos momentos previos; el único método escogido en esta instancia fueron los inyectables; siendo así este el método preferido por las usuarias durante el primer semestre del año 2009, tendencia que se ve reflejada a nivel nacional en múltiples estudios. Algunas de las razones que explican esta tendencia son: más objeciones por parte de los proveedores para el uso del DIU, más facilidades para las usuarias en la aplicación de los inyectables y sobre todo una mayor disponibilidad de los mismos por las donaciones realizadas por las agencias de colaboración. En el país la utilización de los inyectables tiene una clara relación con las disponibilidades del Ministerio de Salud y se puede observar una mayor migración de las usuarias de DIU hacia los inyectables en la última década<sup>6</sup> a pesar que el gasto por años-protección pareja en el caso del

---

<sup>6</sup> PROFAMILIA – Estudio de Hogares, INIDE – ENDES 1998, INIDE – ENDESA 2001, INIDE – ENDESA 2006/2007



DIU es exponencialmente menor que el de los inyectables (187 menor). **(Tabla No.5)**

22. Un hallazgo relevante encontrado durante la atención del puerperio inmediato es que la mayoría de las usuarias que no aceptaron un método contraceptivo fue a causa de no contar con una pareja en esta instancia, lo cual contrasta con lo expresado en los dos momentos previos. Por tanto reconocemos que este momento representa una influencia determinante en la gran mayoría de las usuarias para iniciar la anticoncepción, siendo la consejería previa de la misma gran colaborador en la toma de esta decisión; ya que la comprensión de esta charlas tuvo un alto grado de aprobación por parte de la mayoría de las usuarias (76.9%).**(Tabla No.5)**

#### **f. CONOCIMIENTOS DE FERTILIDAD Y PRÁCTICAS DE ANTICONCEPCION**

23. Uno de los aspectos que más influyen para el uso de Anticonceptivos en el post parto es la percepción del periodo óptimo para la recuperación de la fertilidad. Encontrándose que solo el 48.1% entiende correctamente que esta recuperación de la fertilidad, puede ser a partir del segundo mes después del embarazo, el resto lo considera de manera inapropiada. Es así pues que las que lo consideran muy temprano (menos de 2 meses) y los que la consideran entre 2-6 meses son las personas que podrían iniciar el uso de métodos anticonceptivos durante el puerperio y el grupo más vulnerable son aquellas mujeres que consideran que recuperarán la fertilidad después de los 7 meses del post parto. **(Tabla No.6)**

24. Dado que la mayoría de las usuarias afirman que dando lactancia materna no pueden quedar embarazadas, existe una alta probabilidad de que basándose en esta creencia muchas mujeres se abstengan de planificar. Sin embargo hay que tener en cuenta el hecho que la mujer amamante o no, con cuánta frecuencia y por cuánto tiempo, ya que son todos factores que han de influir en sus prácticas de espaciamiento de los nacimientos (8, 10, 22, 37, 38), siendo estos temas



claves que deben incluirse en las consejerías brindadas. Las prácticas de amamantamiento determinan por cuánto tiempo las mujeres permanecerán amenorreicas, sin menstruación, y por lo tanto con menos probabilidad de quedar embarazadas, después de dar a luz (36). **(Tabla No.6)**

25. La gran mayoría de usuarias pretenden postergar por mas de dos años un nuevo embarazo o no desean más , lo cual consideramos de gran trascendencia, ya que, este es un factor determinante en beneficio de la aceptación de un método anticonceptivo al egreso de la sala de maternidad, ya que se reconoce por parte de la usuaria que los intervalos genésicos más largos son mejores para su salud y la de sus hijos, permiten dedicarle más tiempo al recién nacido durante su infancia, y a menudo ejercen menos presión en las finanzas de la familia. **(Tabla No.6)**

26. El más importante indicador del trabajo de la consejería en cualquiera de los momentos de la atención, es que la usuaria haya recibido algún Método Anticonceptivo al momento del egreso hospitalario. Dos tercios de la población en estudio egresaron con un método posparto, en un 100% inyectables lo que refleja que dicha consejería en el Centro de Salud con Camas Bello Amanecer está encaminada a fomentar el uso casi único de esta clase de contraceptivos. **(Tabla No.6)**

27. Aunque la Anticoncepción Post Evento Obstétrico (APEO) es una norma ya de años establecida en las instituciones del Minsa, y la consejería juega un rol clave dentro de la misma, es sorprendente aún encontrar que un poco más del 10% de las usuarias que no usaron un método al egreso reconozcan no haber recibido información en cuanto al tema durante ninguno de los momentos de acercamiento con el personal de salud. **(Tabla No.6)**





28. Un dato interesante encontrado durante la entrevista es que la proporción de usuarias que decidieron iniciar el uso de métodos anticonceptivos aumentó en 7.4% más de las cifras encontradas al momento del egreso de la sala de maternidad. Por tanto dichas mujeres reconocieron la importancia de la postergación de embarazos planteada durante las consejerías y acudieron posteriormente al programa de Planificación Familiar. **(Tabla No.6)**

### **g. COMPARACIÓN DE LOS DIVERSOS MOMENTOS DE CONTACTO CON EL PERSONAL DE SALUD**

29. Un hallazgo de relevancia descubierto en el presente estudio es que los momentos en que más se imparte la consejería en Planificación Familiar posparto fueron la atención prenatal y el puerperio inmediato, lo cual obedece al hecho de que el primero cuenta con un mayor periodo de tiempo en cuanto al contacto de la usuaria con el personal de salud; y el segundo por ser la última oportunidad de hacer énfasis en este tema se realizan los mayores esfuerzos a fin de aumentar las coberturas de anticoncepción posparto. **(Tabla No.7)**

30. La aceptación de métodos anticonceptivos posparto en aquellas mujeres en que se realizó consejerías sobre el tema alcanzó niveles máximos durante el trabajo de parto con un 70.6%, lo cual nuevamente evidencia la importancia de cumplir en su totalidad con esta norma ya que a pesar de que el desarrollo de las consejerías fue la de menor proporción en esta instancia, el grado de aceptación para iniciar la postergación de los embarazos fue muy satisfactoria. **(Tabla No.8)**

31. La razón para no usar métodos anticonceptivos posparto de mayor predominio durante el APN y el parto fue el no considerar estos los momentos adecuados para tal decisión lo cual puede estar dado porque dicha información no presenta importancia para el futuro inmediato de las pacientes y ellas estarán más atentas a otros aspectos tales como la terminación del embarazo y los posibles riesgos o complicaciones del embarazo o del parto. En cambio durante el puerperio inmediato la razón mas referida fue el no contar con una pareja,



reconociendo así la necesidad de iniciar la planificación familiar en este momento ya que el riesgo de un próximo embarazo se ve aumentado al finalizar este último. **(Tabla No.9)**

## **h. ANÁLISIS DEL CRUCE DE VARIABLES**

32.El uso previo de métodos anticonceptivos es un factor llamado a favorecer la planificación familiar posparto. En el presente estudio se observó que la mitad de las usuarias que previo a este embarazo usaban un anticonceptivo tenían menos de 20 años; la otra mitad tenían edades comprendidas entre los 20 y 34 años de edad, lo cual refleja que no existe una importancia significativa partiendo de la edad de las usuarias para el empleo previo de contraceptivos. Un hallazgo relevante encontrado fue el hecho de que las dos usuarias con edades por encima de los 35 años no planificaban previamente aun encontrándose en edades de alto riesgo para un embarazo lo que afirma de gran forma que la edad no influye en el uso previo de métodos anticonceptivos. **(Tabla No.10)**

33.El 100% de mujeres entrevistadas que usaban un método anticonceptivo previamente contaban con una relación estable ya sea casadas o acompañadas; por tanto el estado civil y el hecho de contar con una pareja influye de gran medida a la hora de decidir el espaciamiento o no de los embarazos. **(Tabla No.11)**

34.Como es de esperarse la mayor parte de las usuarias que no usaban un método anticonceptivo previamente (72,8%) deseaban el embarazo en cuestión lo cual denota un alto grado de elección oportuna del momento ideal para la llegada de los hijos al núcleo familiar. **(Tabla No.12)**



35. Un dato relevante encontrado al asociar la edad con el uso de un método al egreso es que las usuarias en edades extremas fueron las que mas se percataron de la importancia del inicio de la planificación familiar posterior al parto, dato de gran valor ya que son las usuarias de estos grupos las de mayor riesgo y vulnerabilidad ante los problemas propios del embarazo. Sin embargo observamos que solamente un poco mas de la mitad de las mujeres entre 20 y 34 años decidieron egresar con un método anticonceptivo a pesar de encontrarse en plena etapa reproductiva. **(Tabla No.13)**
36. Como es de esperar el 100% de las usuarias solteras egresaron sin ningún método anticonceptivo, lo cual representa una mayor probabilidad de embarazos no planeados dado el riesgo de reiniciar su vida sexual sin ningún tipo de protección. Al contrario de lo evidenciado en el grupo de las casadas y acompañadas en donde la gran mayoría iniciaron la planificación familiar posterior al parto. **(Tabla No.14)**
37. Al analizar la relación existente entre la paridad de las usuarias y el uso de un método anticonceptivo a su egreso sorprendentemente encontramos, a diferencia de lo esperado, las mujeres con un solo hijo iniciaron la postergación de otro embarazo en su gran mayoría. Al contrario de lo encontrado en las mujeres multiparas en donde solo la mitad aceptó un método anticonceptivo a su egreso, lo cual suele estar influenciado por el deseo, por parte de estas usuarias, de realizarse una esterilización quirúrgica, servicio con el cual no se cuenta en la unidad en estudio. **(Tabla No.15)**
38. Como resultado del análisis pudimos observar que cuando la consejería se realiza durante la atención prenatal aproximadamente dos tercios de las usuarias que recibieron tal información fueron dadas de alta con un método anticonceptivo posparto evidenciándose el rol de sensibilización que juega dicha consejería en esta instancia ya que a pesar de no haberse cumplido en el total de mujeres entrevistadas se alcanzaron niveles de gran aceptación para la



planificación familiar posparto. Cabe destacar que existen otros factores ajenos a la consejería que influyen en la toma de decisiones durante el control prenatal, lo cual deducimos ya que a pesar de que un 70% de las mismas que no la recibieron también egresaron con un método anticonceptivo. **(Tabla No.16)**

39. Así mismo pretendíamos valorar la comprensión de la consejería por parte de la usuaria lo cual es un factor determinante para valorar la calidad de la misma. En el estudio pudimos observar que si las mujeres comprendieron mucho la información recibida aumenta la probabilidad de egresar usando algún tipo de Método evidenciado en el 80% de las mismas. Dicha aseveración se confirma al encontrar que solo la mitad de las usuarias que no entendieron nada de la consejería durante el control prenatal usaron un método al egreso. Por tanto la calidad de las mismas es factor directo en la toma de decisiones por parte de las usuarias para iniciar la planificación familiar posparto. **(Tabla No.17)**

40. Nuevamente encontramos que no hay grandes diferencias con los datos obtenidos durante el control prenatal al momento del parto, en lo concerniente a la relación entre la consejería en planificación familiar y el uso de un método al egreso, ya que poco mas de dos tercios de las usuarias que recibieron tal información fueron dadas de alta con un anticonceptivo al igual que lo encontrado en aquellas que no recibieron tal consejería en donde el 65%, también, usaron un método de planificación familiar. Por tanto el periodo de labor sigue desempeñando un rol trascendental para la sensibilización de las usuarias para el inicio de la postergación de un próximo embarazo. **(Tabla No.18)**

41. Siempre la calidad de la información brindada por parte del personal de salud juega un rol trascendental a la hora de aceptar o no un método anticonceptivo posparto aún independientemente de la etapa en que se imparta tal información ya que como observamos al momento del parto el 93.5% de las usuarias que entendieron mucho la información brindada egresaron planificando en contraste



con las que no entendieron nada en donde más de dos tercios no utilizaron un anticonceptivo al momento del alta hospitalaria. **(Tabla No.19)**

42. A pesar de que no existen grandes diferencias con respecto a los dos momentos previamente descritos (APN, parto), mediante el presente estudio pudimos constatar que la consejería en planificación familiar posparto por si sola es la base fundamental para el uso de métodos anticonceptivos al egreso hospitalario ya que del total de usuarias que recibieron tal información el 69.2% acogió un método; no encontrándose la existencia de algún otro factor que influya en la toma de tal decisión ya que el 100% de las mujeres a quienes no se les brindo consejería fueron dadas de alta sin método alguno. Por tanto es en este momento en el que se deben de realizar los mayores esfuerzos para tener mayores coberturas de anticoncepción posparto. **(Tabla No.20)**

43. Además consideramos que es el puerperio inmediato el momento en que la usuaria presta la mayor atención posible a los temas relacionados con la postergación o espaciamiento de los embarazos; ya que todas las usuarias entendieron mucho o por lo menos algo de la información brindada por parte del personal de salud. Siendo siempre, al igual que en los dos momentos anteriores, aquellas que mas entendieron las que aceptaron en mayor proporción un método anticonceptivo a su egreso de la sala de maternidad. **(Tabla No.21)**

44. Un dato de influencia negativa para el uso de métodos anticonceptivos posparto encontrado en el presente estudio es el hecho de que un gran numero de usuarias consideran que la lactancia materna las protege de embarazos no deseados, de las cuales mas de la mitad fueron dadas de alta sin un método; por tanto el riesgo de un embarazo con intervalo intergenésico corto se ve incrementado al asociar esta creencia con el hecho de no contar con un anticonceptivo posterior al evento obstétrico. **(Tabla No.22)**



## **X. CONCLUSIONES DEL ESTUDIO**

1. Aunque más de la mitad de las usuarias tenían edades óptimas para la gestación, existe un alto porcentaje de embarazos en adolescentes. Sin embargo pudimos encontrar que este grupo obtuvo una buena aceptación en cuanto al uso de métodos anticonceptivos posparto, ya que más de tres cuartos de estas usuarias egresaron planificando de la sala de maternidad.
2. La mayoría de usuarias en estudio eran casadas o acompañadas, siendo este el único grupo que aportó mujeres egresadas con algún método de planificación familiar.
3. El uso previo de métodos anticonceptivos presentó niveles muy bajos en las usuarias estudiadas, siendo además el grupo de usuarias con menos hijos el que alcanzó mayores niveles de anticoncepción posparto en el presente estudio.
4. Existe un elevado número de mujeres que fueron atendidas durante sus controles prenatales, parto y puerperio por personal médico, siendo la atención prenatal y el puerperio inmediato los momentos en que las usuarias refieren haber recibido con mayor frecuencia las consejerías acerca de Planificación Familiar Posparto.
5. El momento más propicio para la toma de decisiones en cuanto a Planificación Familiar posparto es el puerperio inmediato, en comparación con los dos momentos previos (APN, parto); de igual forma cuando el nivel de comprensión de las usuarias es alto se incrementa la posibilidad de egresar usando algún método anticonceptivo.
6. Dos tercios de las entrevistadas egresaron con un método anticonceptivo, encontrándose a la vez que el único con el que iniciaron la planificación familiar posparto durante el primer semestre del año 2009 fueron los inyectables.



7. Durante la atención prenatal y el trabajo de parto encontramos que la razón mas frecuente que anteponían las usuarias para no seleccionar un método anticonceptivo posparto fue el hecho de no considerar estos los momentos más adecuados para tal decisión; sin embargo durante el puerperio inmediato predominó la ausencia de la pareja en el núcleo familiar.
8. Se encontró mucha confusión en las usuarias en estudio acerca del período considerado como óptimo para la recuperación de la fertilidad en el posparto, ya que más de la mitad no lo sabían o tenían conocimientos inapropiados del mismo.
9. La creencia popular de que la lactancia materna es suficiente para la postergación de embarazos no deseados incrementa la posibilidad de egresar sin un método anticonceptivo posterior al parto.



## **XI. RECOMENDACIONES DEL ESTUDIO**

1. Implementar por parte de la dirección del Centro de Salud supervisiones continuas al personal de salud con el fin de garantizar al 100% el desarrollo de la Consejería en Anticoncepción Posparto en los diversos momentos de contacto con las usuarias (APN, parto, puerperio).
2. La dirección del centro de salud en conjunto con el encargado de insumos médicos debe realizar un monitoreo periódico al abastecimiento de los métodos de planificación familiar para garantizar el derecho de las usuarias a la elección informada con el fin de promover e incrementar el uso de otros métodos aparte de los inyectables.
3. El encargado de Educación continua del centro de salud debe coordinar con la delegación municipal del Ministerio de Educación la promoción de temas de salud sexual y reproductiva. Así como de conocimientos básicos acerca de planificación familiar en las modalidades de secundaria del municipio; con el fin de abordar el grupo de adolescentes.
4. El encargado de Educación continua de la unidad de salud debe hacer hincapié con los diversos equipos de salud familiar en cuanto la importancia de abordar la consejería en Planificación Familiar alrededor de cuatro temas fundamentales: la necesidad de espaciar los embarazos al menos con un periodo de dos años, fomentar la lactancia materna exclusiva aclarando que a pesar de su uso existen posibilidades de tener embarazos no deseados, la oferta de un método de planificación familiar para el egreso de la sala de maternidad con el fin de sensibilizar a las usuarias sobre el tema, y finalmente especificando el momento oportuno para el uso de los mismos.





5. El coordinador del club de adolescentes de la unidad de salud debe garantizar la integración de las puérperas adolescentes a dicho club sobre todo de aquellas que hayan egresado sin un método anticonceptivo como es el caso de las que no contaban con una relación de pareja, con el fin de mejorar los canales de comunicación y comprensión de los temas de planificación familiar y contribuir a la sensibilización de estos grupos en riesgo.

6. Los encargados de cada equipo de salud familiar deberán coordinar con cada uno de sus integrantes la implementación de mensajes claros y sencillos al momento de impartir las consejerías en anticoncepción posparto a fin de garantizar la adecuada comprensión de los temas abordados por parte de las usuarias.



## XII. BIBLIOGRAFÍA

1. AHMED, T. Unmet need for contraception in Pakistan: Pattern and determinants. *Demography India* 22(1): 31-51. Jan./Jun. 1993.
2. ALAN GUTTMÉTODOS ANTICONCEPTIVOSHER INSTITUTE (AGI). Hopes and realities: Closing the gap between women's aspirations and their reproductive experiences. New York, AGI, 1995. 56 p.
3. BANKOLE, A. Desired fertility and fertility behavior among the Yoruba of Nigeria: A study of couple preferences and subsequent fertility. *Population Studies* 49(2): 317-328. Jul. 1995.
4. BARKAT, A., HOUVRAS, I., MÉTODOS ANTICONCEPTIVOSLAREN, L., BEGUM, S., CHOWDHURY, E.I., ISLAM, M., REZA, T., and SABINA, N. The RSDP/Pathfinder Bangladesh newlywed strategy: Results of an assessment. Washington, DC, FOCUS on Young Adults, Aug. 1999.
5. BONGAARTS, J. The measurement of wanted fertility. New York, Population Council, Research Division, (Working Paper No. 10) 35 p.
6. CHOE, M.K., THAPA, S., and ACHMAD, S. Early marriage and childbearing in Indonesia and Nepal. Honolulu, Hawaii, East-West Center, Nov. 2001. 16 p.
7. COE en Nicaragua, MINSA 2004. Estrategias para la Implementación y seguimiento de los Cuidados Obstétricos Esenciales (COE).
8. FORSTE, R. Effects of lactation and contraceptive use on birth-spacing in Bolivia. *Social Biology* 42(1-2): 108-123. Spring/Summer 1995-1994.
9. GRUMMER-STRAWN, L.M., STUPP, P.W., and MEI, Z. Effect of a child's death on birth spacing: A cross-national analysis. In: Montgomery, M.R. and Cohen, B., eds. *From Death to Birth: Mortality Decline and Reproductive Change*. Washington, D.C., National Academy Press, 1998. p. 39-73.
10. HAGGERTY, P.A. and RUTSTEIN, S.O. Breastfeeding and complementary infant feeding, and the postpartum effects of breastfeeding. Calverton, Maryland, Métodos anticonceptivosro International, Inc., Jun. 1999. (Demographic and Health Surveys Comparative Studies No. 30) 281 p.
11. HUTTER, I. Reproductive health and child spacing in rural South India: Contribution to a reorientation of population policies in India. Background paper. Groningen, Netherlands, University of Groningen, Faculty of Spatial Sciences, 1998. (Demographic Reports No. 23) 154 p.
12. INEC. Encuesta nicaragüense de Demografía y Salud (ENDESA 2001)





13. ISVAN, N.A. Productive and reproductive decisions in Turkey: The role of domestic bargaining. *Journal of Marriage and the Family* 53(4): 1057-1070. Nov. 1991.
14. KHAN, M.E. and CERNADA, G. Promoting spacing: A step towards paradigm shift. In: Khan, M.E. and Cernada, G., eds. *Spacing as an Alternative Strategy*. India's Family Welfare Programme. Delhi, India, B.R. Publishing Corporation, 1996. p. 1-6.
15. KIRK, D. and PILLET, B. Fertility levels, trends, and differentials in sub-Saharan Africa in the 1980s and 1990s. *Studies in Family Planning* 29(1): 1-22. Mar. 1998.
16. KISHOR, S. Gender differentials in child mortality: A review of the evidence. In: Das Gupta, M., Chen, L.C., and Krishnan, T.N., eds. *Women's Health in India: Risk and Vulnerability*. Bombay, Oxford University Press, 1995.
17. LABBOK, M.H., PEREZ, A., VALDES, V., SEVILLA, F., WADE, K., LAUKARAN, V.H., COONEY, K.A., COLY, S., SANDERS, C., and QUEENAN, J.T. The Lactational Amenorrhea Method (LAM): A postpartum introductory family planning method with policy and program implications. *Advances in Contraception* 10(2): 93-109. Jun. 1994.
18. LABBOK, M.H., PEREZ-ESCAMILLA, R., PETERSON, A.E., and COLY, S. *Breastfeeding and child spacing: Country profiles*. Washington, DC, Georgetown University, Institute for Reproductive Health, 1997. 97 p.
19. Ministerio de Salud, 1994. *Manual de planificación familiar*.
20. Ministerio de Salud 2005. *Salud Materno - Infantil en Nicaragua, Avances y Desafíos 2005*.
21. Ministerio de Salud, 2008. *Normas y protocolos para la atención de la Planificación Familiar*.
22. MISHRA, S.B. Birth spacing methods in the Indian family welfare programme. In: M.E. Khan, G.C., ed. *Spacing as an Alternative Strategy*. India's Family Welfare Programme. Delhi, India, B.R. Publishing Corporation, 1996.
23. NYARKO, P., MADISE, N., and DIAMOND, I. Infant mortality and the pace of childbearing in Ghana: Some evidence of son preference. *Proceedings of the Third African Population Conference: The African Population in the 21st Century*, Durban, South Africa, Dec. 6-10, 1999. Department of Welfare, Republic of South Africa, 619-644 p.
24. OMER, M.M. Factors affecting birth interval in Egypt. In: *CDC 23rd Annual Seminar on Population and Development Issues in the Middle East, Africa and Asia*, 1993. Research Monograph Series No. 23. Cairo, Cairo Demographic Centre, 1994.



25. Oscar Flores et Al. UNAN. UNFA. 1997. Salud Sexual y Reproductiva en Ginecología y Obstetricia. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. Facultad de Ciencias Médicas.
26. RATHNAM, P.S. Education as an indicator of women's status and its impact on fertility and contraception in Pakistan. A multivariate analysis. University of Michigan, Ann Arbor, Michigan, 1995. 220 p.
27. RENNE, E.P. Changing patterns of child-spacing and abortion in a northern Nigerian town. Princeton, New Jersey, Princeton University, Office of Population Research, 1997. (Office of Population Research Working Paper No. 97-1) 24 p.
28. STOVER, J. Revising the proximate determinants of fertility framework: What have we learned in the past 20 years? Studies in Family Planning 29(3): 255-267. Sep. 1998. (Available: , Accessed Aug. 3, 2002)
29. TULASIDHAR, V.B. Maternal education, female labor force participation, and child mortality: Evidence from the Indian census. Health Transition Review 3(2): 177-190. 1993.
30. UPADHYAY, U.D. Informed choice in family planning. Helping people decide. Population Reports, Series J, No. 50, Spring 2001. p. 39. (Available: , Accessed Aug. 3, 2002)
31. VAN DE WALLE, E. and VAN DE WALLE, F. Post-partum sexual abstinence in tropical Africa. In: Ronald Gray, H.L., and Alfred Spira, ed. Biomedical and Demographic Determinants of Reproduction. Oxford, England, Clarendon Press, 1993. p. 446-460.
32. VARMA, A. Indonesia: Faith and family planning. In: Freeman, J. and Gupte, P. All of Us. Births and a Better Life: Population, Development, and Environment in a Globalized World. New York, Earth Times Books, 1999. p. 96-99.
33. VERNON, R. and FOREIT, J. How to help clients obtain more preventive reproductive health care. International Family Planning Perspectives 25(4): 200-202. Dec. 1999.
34. WALRAVEN, G., SCHERF, C., WEST, B., EKPO, G., PAINE, K., COLEMAN, R., BAILEY, R., and MORISON, L. The burden of reproductive-organ disease in rural women in The Gambia, West Africa. Lancet 357(9263): 1161-1167. Apr. 14, 2001.
35. WARD, V.M., BERTRAND, J.T., and PUAC, F. Exploring sociocultural barriers to family planning among Mayans in Guatemala. International Family Planning Perspectives 18(2): 59-65. Jun. 1992.



36. WESTOFF, C.F. and BANKOLE, A. Unmet need: 1990-1994. Calverton, Maryland, Métodos anticonceptivosro International, June 1995. (DHS Comparative Studies No. 16) 55 p.
37. WESTOFF, C.F. and BANKOLE, A. Trends in the demand for family limitation in developing countries. International Family Planning Perspectives 26(2): 56-62, 97. Jun. 2000.
38. WESTOFF, C.F., BLANC, A.K., and NYBLADE, L. Marriage and entry into parenthood. Calverton, Maryland, Métodos anticonceptivosro International, Mar. 1994. (Demographic and Health Surveys Comparative Studies No. 10) 47 p.



## **XIII. ANEXOS**



**TABLA No. 1: CARACTERÍSTICAS SOCIO – DEMOGRÁFICAS DE LAS USUARIAS DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS POSPARTO EN EL CENTRO DE SALUD “BELLO AMANECER” DE QUILALÍ, NUEVA SEGOVIA ENTRE ENERO Y JUNIO DEL 2009.**

Variable	Frecuencia	Porcentaje (%)
<b>Procedencia (n=108)</b>		
Urbana	36	33,3
Rural	72	66,7
<b>Edad (n=108)</b>		
10 – 19 Años	44	40,7
20 – 34 Años	62	57,4
35 y más años	2	1,9
<b>Desviación estándar = 5.510</b>		<b>Media = 22.09</b>
<b>Mínimo = 14</b>		<b>Máximo = 41</b>
<b>Situación Conyugal (n=108)</b>		
Casada/Acompañada	94	87,0
Soltera	14	13,0
<b>Escolaridad (n=108)</b>		
Analfabeta	16	14,8
Primaria	52	48,1
Secundaria	32	29,7
Universitaria	8	7,4
<b>Ocupación (n=108)</b>		
Ama de casa	90	83,2
Domestica	6	5,6
Trabaja en una oficina	6	5,6
Comerciante	0	0
Agricultora	0	0
Otro (estudiante)	6	5,6

Fuente: Encuesta de “Factores Relacionados con el uso de Métodos Anticonceptivos Posparto Quilalí, N.S. Enero- Junio 2009”



**TABLA No. 2: HISTORIA REPRODUCTIVA Y ANTICONCEPCIÓN PREVIA EN LAS USUARIAS DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS POSPARTO EN EL CENTRO DE SALUD “BELLO AMANECER” DE QUILALÍ, NUEVA SEGOVIA ENTRE ENERO Y JUNIO DEL 2009.**

Variable	Frecuencia	Porcentaje (%)
<b>PARIDAD (n=108)</b>		
Uno	48	44,5
Dos	36	33,3
Tres	12	11,1
Cuatro o más	12	11,1
<b>Desviación estándar = 0.998      Media = 1.89</b> <b>Mínimo = 1                              Máximo = 4</b>		
<b>Deseo de último embarazo (n=108)</b>		
Si	69	63,9
No	39	36,1
<b>Uso Previo de métodos Anticonceptivos (n=108)</b>		
Si	16	14,8
No	92	85,2
<b>Tipo de método anticonceptivo usado previamente (n=16)</b>		
1. DIU	0	0
2. Inyectables	2	12,5
3. Gestágenos Orales	14	87,5
4. Preservativos	0	0
5. Otros	0	0

Fuente: Encuesta de “Factores Relacionados con el uso de Métodos Anticonceptivos Posparto Quilalí, N.S. Enero- Junio 2009”





**TABLA No. 3: ATENCIÓN PRENATAL EN LAS USUARIAS DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS POSPARTO DEL CENTRO DE SALUD “BELLO AMANECER” QUILALÍ, NUEVA SEGOVIA ENTRE ENERO Y JUNIO DEL 2009.**

Variable	Frecuencia	Porcentaje (%)
<b>Asistencia a la atención prenatal (n=108)</b>		
Si	106	98,1
No	2	1,9
<b>Tipo de recurso que la atendió en el control Prenatal (n=106)</b>		
Medico General	54	50,9
Medico en servicio Social	36	34,0
Enfermera	16	15,1
<b>Consejería en Planificación Familiar posparto recibida durante el control prenatal (n=106)</b>		
Si	86	81,1
No	20	18,9
<b>Aceptación de un método anticonceptivo durante el Control Prenatal (n=86)</b>		
Si	22	25,6
No	64	74,4
<b>Método de Planificación familiar decidido durante el Control Prenatal (n=22)</b>		
1. DIU	0	0
2. Gestágenos Orales	0	0
3 .Preservativos	0	0
4. Esterilización Quirúrgica Femenino	0	0
5. Inyectables	22	100
6. Otros	0	0
<b>Razones de no selección de un método durante el control prenatal (n=64)</b>		
1. Consideró que no era el tiempo adecuado	42	65,6
2. Temor	6	9,4
3. No tenia pareja	14	21,9
4. Otros (marido fuera del país)	2	3,1
<b>Comprensión de la información recibida en el control prenatal (n=86)</b>		
1. Mucho	20	23,3
2. Poco	62	72,1
3. Nada	4	4,6

Fuente: Encuesta de “Factores Relacionados con el uso de Métodos Anticonceptivos Posparto Quilalí, N.S. Enero- Junio 2009”



**TABLA No. 4: ATENCIÓN DURANTE EL PARTO DE LAS USUARIAS DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS POSPARTO DEL CENTRO DE SALUD “BELLO AMANECER” QUILALÍ, NUEVA SEGOVIA ENTRE ENERO Y JUNIO DEL 2009.**

Variable	Frecuencia	Porcentaje (%)
<b>Tipo de Recurso que le atendió en labor (n=108)</b>		
Medico General	84	77,7
Medico en servicio Social	19	17,6
Enfermera	5	4,7
<b>Consejería en Planificación Familiar posparto recibida durante el parto (n=108)</b>		
Si	68	62,9
No	40	37,1
<b>Aceptación de un método anticonceptivo durante el parto (n=68)</b>		
Si	48	70,6
No	20	29,4
<b>Método de Planificación familiar decidido durante el Parto (n=48)</b>		
1. DIU	0	0
2. Gestágenos Orales	0	0
3 .Preservativos	0	0
4. Esterilización Quirúrgica Femenino	0	0
5. Inyectables	48	100
6. Otros	0	0
<b>Razones de no selección de un método durante el Parto (n=20)</b>		
1. Consideró que no era el tiempo adecuado	10	50,0
2. Temor	4	20,0
3. No tenía pareja	5	25,0
4. Otros (marido fuera del país)	1	5,0
<b>Comprensión de la información recibida en el Parto (n=68)</b>		
1. Mucho	31	45,6
2. Poco	34	50,0
3. Nada	3	4,4

Fuente: Encuesta de “Factores Relacionados con el uso de Métodos Anticonceptivos Posparto Quilalí, N.S. Enero- Junio 2009”



**TABLA No. 5: ATENCIÓN DURANTE EL PUERPERIO EN LAS USUARIAS DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS POSPARTO DEL CENTRO DE SALUD “BELLO AMANECER” QUILALÍ, NUEVA SEGOVIA ENTRE ENERO Y JUNIO DEL 2009.**

Variable	Frecuencia	Porcentaje (%)
<b>Tipo de recurso que la atendió en el Posparto Inmediato (n=108)</b>		
Medico General	82	75,9
Medico en servicio Social	20	18,5
Enfermera	6	5,6
<b>Consejería en Planificación Familiar posparto recibida durante el Puerperio (n=108)</b>		
Si	104	96,3
No	4	3,7
<b>Aceptación de un método anticonceptivo durante el Puerperio(n=104)</b>		
Si	72	69,2
No	32	30,8
<b>Método de Planificación familiar decidido durante el Puerperio (n=72)</b>		
1. DIU	0	0
2. Gestágenos Orales	0	0
3 .Preservativos	0	0
4. Esterilización Quirúrgica Femenino	0	0
5. Inyectables	72	100
6. Otros	0	0
<b>Razones de no selección de un método durante el Puerperio (n=32)</b>		
1. Consideró que no era el tiempo adecuado	10	31,3
2. Temor	6	18,8
3. No tenia pareja	14	43,7
4. Otros (marido fuera del país)	2	6,2
<b>Comprensión de la información recibida en el Puerperio (n=104)</b>		
1. Mucho	80	76,9
2. Poco	24	23,1
3. Nada	0	0

Fuente: Encuesta de “Factores Relacionados con el uso de Métodos Anticonceptivos Posparto Quilalí, N.S. Enero- Junio 2009”



**TABLA No. 6: CONOCIMIENTOS DE FERTILIDAD Y PRÁCTICAS DE ANTICONCEPCION EN LAS USUARIAS DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS POSPARTO DEL CENTRO DE SALUD “BELLO AMANECER” QUILALÍ, NUEVA SEGOVIA ENTRE ENERO Y JUNIO DEL 2009.**

Variable	Frecuencia	Porcentaje (%)
<b>Conocimiento de Recuperación de Fertilidad (n=108)</b>		
Menos de 2 meses	8	7,5
De 2 a 6 meses	52	48,1
Siete meses o más	39	36,1
No sabe	9	8,3
<b>Conocimiento de Relación lactancia-fertilidad (n=108)</b>		
1. Considera que la lactancia le protege de embarazos no deseados	64	59,3
2. Considera que la lactancia NO le protege de embarazos no deseados.	44	40,7
<b>Deseo de Postergación del Próximo Embarazo (n=108)</b>		
1. No desea más	23	21,3
2. Menos de 2 años	12	11,1
3. Más de dos años	73	67,6
<b>Uso de Método anticonceptivo al egreso (n=108)</b>		
1. Si	72	66,7
2. No	36	33,3
<b>Método anticonceptivo usado al egreso (n=72)</b>		
1. DIU	0	0
2. Gestágenos Orales	0	0
3. Preservativos	0	0
4. Esterilización Quirúrgica Femenino	0	0
5. Inyectables	72	100
6. Otros	0	0
<b>Razones para no uso de un Método anticonceptivo al egreso (n=36)</b>		
1 Nadie le hablo de tema	4	11,2
2. Le hablaron pero no quiso usarlo por temor	6	16,6
3. Le hablaron pero no quiso usarlo por no tener marido	14	38,9
4. Otras razones*	12	33,3
<b>Uso actual de un Método anticonceptivo (n=108)</b>		
1. Si	80	74,1
2. No	28	25,9

Fuente: Encuesta de “Factores Relacionados con el uso de Métodos Anticonceptivos Posparto Quilalí, N.S. Enero- Junio 2009”

**\*Nota:** en el acápite otras razones las usuarias destacan que su marido se encontraba fuera del país, que acudió posteriormente en su comunidad y que consideraban suficiente la lactancia materna.



**TABLA No. 7: CONSEJERÍA EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN LOS DIVERSOS MOMENTOS DE CONTACTO CON EL PERSONAL DE SALUD EN LAS USUARIAS DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS POSPARTO DEL CENTRO DE SALUD “BELLO AMANECER” QUILALÍ, NUEVA SEGOVIA ENTRE ENERO Y JUNIO DEL 2009.**

Variable	Frecuencia	Porcentaje
<b>Consejería en Planificación Familiar posparto recibida durante el control prenatal (n=106)</b>		
Si	86	81,1
No	20	18,9
<b>Consejería en Planificación Familiar posparto recibida durante el parto (n=108)</b>		
Si	68	62,9
No	40	37,1
<b>Consejería en Planificación Familiar posparto recibida durante el Puerperio (n=108)</b>		
Si	104	96,3
No	4	3,7

“Factores Relacionados con el uso de Métodos  
Anticonceptivos Posparto Quilalí, N.S. Enero- Junio 2009”





**TABLA No. 8: ACEPTACIÓN DE UN MÉTODO EN LOS DIVERSOS MOMENTOS DE CONTACTO CON EL PERSONAL DE SALUD EN LAS USUARIAS DE ANTICONCEPTIVOS POSPARTO DEL CENTRO DE SALUD “BELLO AMANECER” QUILALÍ, NUEVA SEGOVIA ENTRE ENERO Y JUNIO DEL 2009.**

Variable	Frecuencia	Porcentaje
<b>Aceptación de un método anticonceptivo Durante el Control Prenatal (n=86)</b>		
Si	22	25,6
No	64	74,4
<b>Aceptación de un método anticonceptivo Durante el parto (n=68)</b>		
Si	48	70,6
No	20	29,4
<b>Aceptación de un método anticonceptivo Durante el Puerperio(n=104)</b>		
Si	72	69,2
No	32	30,8

Fuente: Encuesta de “Factores Relacionados con el uso de Métodos Anticonceptivos Posparto Quilalí, N.S. Enero- Junio 2009”



**TABLA No. 9: RAZONES DE NO SELECCIÓN DE UN MÉTODO DURANTE LOS DIVERSOS MOMENTOS DE CONTACTO CON EL PERSONAL DE SALUD EN LAS USUARIAS DE ANTICONCEPTIVOS POSPARTO DEL CENTRO DE SALUD “BELLO AMANECER” QUILALÍ, NUEVA SEGOVIA ENTRE ENERO Y JUNIO DEL 2009.**

Variable	Frecuencia	Porcentaje
<b>Razones de no selección de un método Durante el control prenatal (n=64)</b>		
1. Consideró que no era el tiempo adecuado	42	65,6
2. Temor	6	9,4
3. No tenía pareja	14	21,9
4. Otros (marido fuera del país)	2	3,1
<b>Razones de no selección de un método Durante el Parto (n=20)</b>		
1. Consideró que no era el tiempo adecuado	10	50
2. Temor	4	20
3. No tenía pareja	5	25
4. Otros (marido fuera del país)	1	5
<b>Razones de no selección de un método Durante el Puerperio (n=32)</b>		
1. Consideró que no era el tiempo adecuado	10	31,3
2. Temor	6	18,8
3. No tenía pareja	14	43,7
4. Otros (marido fuera del país)	2	6,2

Fuente: Encuesta de “Factores Relacionados con el uso de Métodos Anticonceptivos Posparto Quilalí, N.S. Enero- Junio 2009”



**TABLA No. 10: RELACIÓN ENTRE USO PREVIO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS VS EDAD EN LAS USUARIAS DE ANTICONCEPCIÓN POSPARTO DEL CENTRO DE SALUD “BELLO AMANECER” QUILALÍ, NUEVA SEGOVIA ENTRE ENERO Y JUNIO DEL 2009.**

Edad	Uso previo de Métodos Anticonceptivos			
	SI		NO	
	Número	Porcentaje (%)	Número	Porcentaje (%)
10 - 19 años	8	50	36	39.1
20 - 34 años	8	50	54	58.7
35 o más años	0	0	2	2.2
<b>Total</b>	16	100	92	100

Fuente: Encuesta de “Factores Relacionados con el uso de Métodos Anticonceptivos Posparto Quilalí, N.S. Enero- Junio 2009”

**TABLA No. 11: RELACIÓN ENTRE USO PREVIO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS VS SITUACION CONYUGAL EN LAS USUARIAS DE ANTICONCEPCIÓN POSPARTO DEL CENTRO DE SALUD “BELLO AMANECER” QUILALÍ, NUEVA SEGOVIA ENTRE ENERO Y JUNIO DEL 2009.**

Situación Conyugal	Uso previo de Métodos Anticonceptivos			
	SI		NO	
	Número	Porcentaje (%)	Número	Porcentaje (%)
1. Soltera	0	0	14	15.6
2. Casada/ Acompañada	16	100	78	84.4
<b>Total</b>	16	100	92	100

Fuente: Encuesta de “Factores Relacionados con el uso de Métodos Anticonceptivos Posparto Quilalí, N.S. Enero- Junio 2009”







**TABLA No. 12: RELACIÓN ENTRE USO PREVIO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS VS DESEO DE ÚLTIMO EMBARAZO EN LAS USUARIAS DE ANTICONCEPCIÓN POSPARTO DEL CENTRO DE SALUD “BELLO AMANECER” QUILALÍ, NUEVA SEGOVIA ENTRE ENERO Y JUNIO DEL 2009.**

Deseo de último embarazo	Uso previo de Métodos Anticonceptivos			
	SI		NO	
	Número	Porcentaje (%)	Número	Porcentaje (%)
1. Si	2	12.5	67	72.8
2. No	14	87.5	25	27.2
<b>Total</b>	16	100	92	100

Fuente: Encuesta de “Factores Relacionados con el uso de Métodos Anticonceptivos Posparto Quilalí, N.S. Enero- Junio 2009”

**TABLA No. 13: RELACIÓN ENTRE USO DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO AL EGRESO VS EDAD EN LAS USUARIAS DE ANTICONCEPCIÓN POSPARTO DEL CENTRO DE SALUD “BELLO AMANECER” QUILALÍ, NUEVA SEGOVIA ENTRE ENERO Y JUNIO DEL 2009.**

Uso de Método Anticonceptivo al egreso	Edad					
	10 - 19 años		20 - 34 años		35 o más años	
	Número	(%)	Número	(%)	Número	(%)
1. Si	34	77.3	36	58.1	2	100
2. No	10	22.7	26	41.9	0	0
<b>Total</b>	44	100	62	100	2	100

Fuente: Encuesta de “Factores Relacionados con el uso de Métodos Anticonceptivos Posparto Quilalí, N.S. Enero- Junio 2009”



**TABLA No. 14: RELACIÓN ENTRE USO DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO AL EGRESO VS ESTADO CIVIL EN LAS USUARIAS DE ANTICONCEPCIÓN POSPARTO DEL CENTRO DE SALUD “BELLO AMANECER” QUILALÍ, NUEVA SEGOVIA ENTRE ENERO Y JUNIO DEL 2009.**

Uso de Método Anticonceptivo al egreso	Estado Civil			
	Soltera		Casada/ Acompañada	
	Número	Porcentaje (%)	Número	Porcentaje (%)
1. Si	0	0	72	76.6
2. No	14	100	22	23.4
<b>Total</b>	14	100	94	100

Fuente: Encuesta de “Factores Relacionados con el uso de Métodos Anticonceptivos Posparto Quilalí, N.S. Enero- Junio 2009”

**TABLA No. 15: RELACIÓN ENTRE USO DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO AL EGRESO VS PARIDAD EN LAS USUARIAS DE ANTICONCEPCIÓN POSPARTO DEL CENTRO DE SALUD “BELLO AMANECER” QUILALÍ, NUEVA SEGOVIA ENTRE ENERO Y JUNIO DEL 2009.**

Uso de Método Anticonceptivo al egreso	Paridad							
	Uno		Dos		Tres		Cuatro o más	
	Número	(%)	Número	(%)	Número	(%)	Número	(%)
1. Si	38	79.2	20	55.6	8	66.7	6	50
2. No	10	20.8	16	44.4	4	33.3	6	50
<b>Total</b>	48	100	36	100	12	100	12	100

Fuente: Encuesta de “Factores Relacionados con el uso de Métodos Anticonceptivos Posparto Quilalí, N.S. Enero- Junio 2009”



**TABLA No. 16: RELACIÓN ENTRE USO DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO AL EGRESO VS CONSEJERÍA EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR RECIBIDA DURANTE EL CONTROL PRENATAL DE LAS USUARIAS DE ANTICONCEPCIÓN POSPARTO DEL CENTRO DE SALUD “BELLO AMANECER” QUILALÍ, NUEVA SEGOVIA ENTRE ENERO Y JUNIO DEL 2009.**

Uso de Método Anticonceptivo al egreso	Consejería en PF posparto en el APN			
	SI		NO	
	Número	Porcentaje (%)	Número	Porcentaje (%)
1.Si	56	65.1	14	70
2. No	30	34.9	6	30
<b>Total</b>	86	100	20	100

Fuente: Encuesta de “Factores Relacionados con el uso de Métodos Anticonceptivos Posparto Quilalí, N.S. Enero- Junio 2009”

**TABLA No. 17: RELACIÓN ENTRE USO DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO AL EGRESO VS COMPRENSION DE LA INFORMACION RECIBIDA EN EL CONTROL PRENATAL EN LAS USUARIAS DE ANTICONCEPCIÓN POSPARTO DEL CENTRO DE SALUD “BELLO AMANECER” QUILALÍ, NUEVA SEGOVIA ENTRE ENERO Y JUNIO DEL 2009.**

Uso de Método Anticonceptivo al egreso	Comprensión de la información recibida en el CPN					
	Mucho		Poco		Nada	
	Número	(%)	Número	(%)	Número	(%)
1 Si	16	80	38	61.3	2	50
2.No	4	20	24	38.7	2	50
<b>Total</b>	20	100	62	100	4	100

Fuente: Encuesta de “Factores Relacionados con el uso de Métodos Anticonceptivos Posparto Quilalí, N.S. Enero- Junio 2009”



**TABLA No. 18: RELACIÓN ENTRE USO DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO AL EGRESO VS CONSEJERÍA EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR RECIBIDA DURANTE EL PARTO EN LAS USUARIAS DE ANTICONCEPCIÓN POSPARTO DEL CENTRO DE SALUD “BELLO AMANECER” QUILALÍ, NUEVA SEGOVIA ENTRE ENERO Y JUNIO DEL 2009.**

Uso de Método Anticonceptivo al egreso	Consejería en PF posparto en el parto			
	SI		NO	
	Número	Porcentaje (%)	Número	Porcentaje (%)
1.Si	46	67.6	26	65
2. No	22	32.4	14	35
<b>Total</b>	68	100	40	100

Fuente: Encuesta de “Factores Relacionados con el uso de Métodos Anticonceptivos Posparto Quilalí, N.S. Enero- Junio 2009”

**TABLA No. 19: RELACIÓN ENTRE USO DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO AL EGRESO VS COMPRENSION DE LA INFORMACION RECIBIDA EN EL PARTO DE LAS USUARIAS DE ANTICONCEPCIÓN POSPARTO DEL CENTRO DE SALUD “BELLO AMANECER” QUILALÍ, NUEVA SEGOVIA ENTRE ENERO Y JUNIO DEL 2009.**

Uso de Método Anticonceptivo al egreso	Comprensión de la información recibida en el Parto					
	Mucho		Poco		Nada	
	Número	(%)	Número	(%)	Número	(%)
1 Si	29	93.5	16	47.1	1	33.3
2.No	2	6.5	18	52.9	2	66.7
<b>Total</b>	31	100	34	100	3	100

Fuente: Encuesta de “Factores Relacionados con el uso de Métodos Anticonceptivos Posparto Quilalí, N.S. Enero- Junio 2009”



**TABLA No. 20: RELACIÓN ENTRE USO DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO AL EGRESO VS CONSEJERÍA EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR RECIBIDA DURANTE EL PUERPERIO EN LAS USUARIAS DE ANTICONCEPCIÓN POSPARTO DEL CENTRO DE SALUD “BELLO AMANECER” QUILALÍ, NUEVA SEGOVIA ENTRE ENERO Y JUNIO DEL 2009.**

Uso de Método Anticonceptivo al egreso	Consejería en PF posparto en el Puerperio			
	SI		NO	
	Número	Porcentaje (%)	Número	Porcentaje (%)
1.Si	72	69.2	0	0
2. No	32	30.8	4	100
<b>Total</b>	104	100	4	100

Fuente: Encuesta de “Factores Relacionados con el uso de Métodos Anticonceptivos Posparto Quilalí, N.S. Enero- Junio 2009”

**TABLA No. 21: RELACIÓN ENTRE USO DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO AL EGRESO VS COMPRESION DE LA INFORMACION RECIBIDA DURANTE EL PUERPERIO EN LAS USUARIAS DE ANTICONCEPCIÓN POSPARTO DEL CENTRO DE SALUD “BELLO AMANECER” QUILALÍ, NUEVA SEGOVIA ENTRE ENERO Y JUNIO DEL 2009.**

Uso de Método Anticonceptivo al egreso	Comprensión de la información recibida en el Puerperio					
	Mucho		Poco		Nada	
	Número	(%)	Número	(%)	Número	(%)
1 Si	64	80	8	33.3	0	0
2.No	16	20	16	66.7	0	0
<b>Total</b>	80	100	24	100	0	100

Fuente: Encuesta de “Factores Relacionados con el uso de Métodos Anticonceptivos Posparto Quilalí, N.S. Enero- Junio 2009”



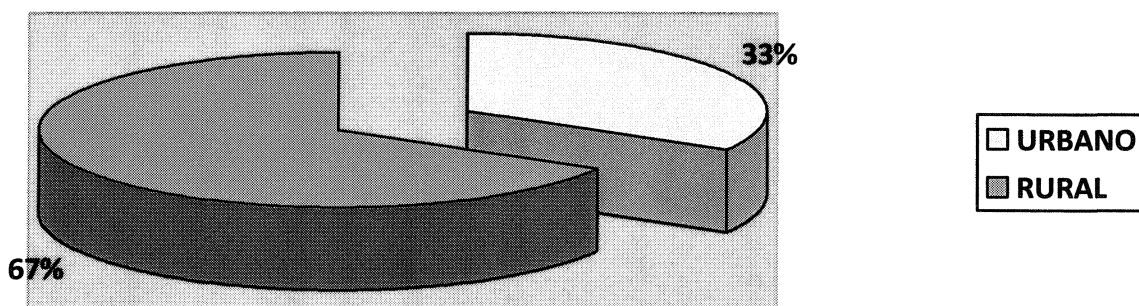
**TABLA No. 22: RELACIÓN ENTRE USO DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO AL EGRESO VS CONOCIMIENTO DE RELACIÓN LACTANCIA – FERTILIDAD EN LAS USUARIAS DE ANTICONCEPCIÓN POSPARTO DEL CENTRO DE SALUD “BELLO AMANECER” QUILALÍ, NUEVA SEGOVIA ENTRE ENERO Y JUNIO DEL 2009.**

Uso de Método Anticonceptivo al egreso	Conocimiento de Relación lactancia-fertilidad			
	Considera que la lactancia le protege de embarazos No deseados		Considera que la lactancia NO le protege de embarazos No deseados	
	Número	Porcentaje (%)	Número	Porcentaje (%)
1. Si	28	43.8	44	100
2.. No	36	56.2	0	0
<b>Total</b>	64	100	44	100

Fuente: Encuesta de “Factores Relacionados con el uso de Métodos Anticonceptivos Posparto Quilalí, N.S. Enero- Junio 2009”



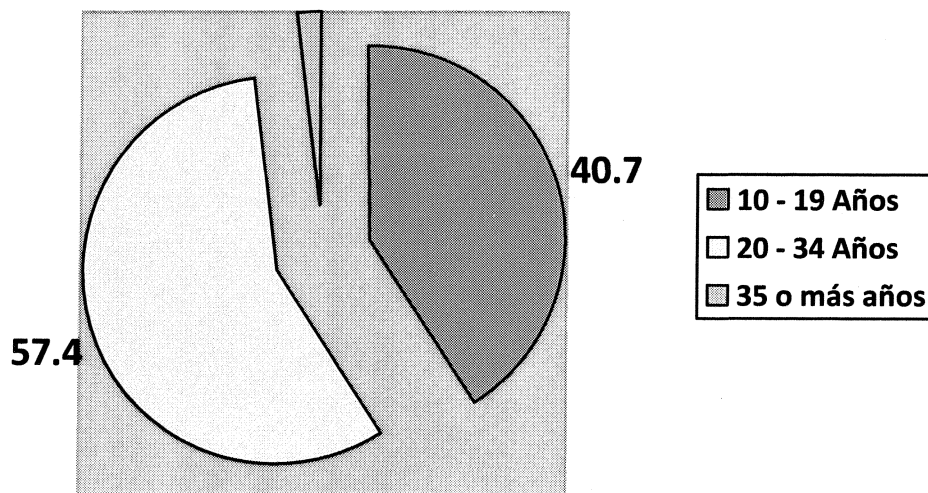
**GRÁFICO No. 1: PROCEDENCIA DE LAS USUARIAS DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS POSPARTO DEL CENTRO DE SALUD “BELLO AMANECER” QUILALÍ, NUEVA SEGOVIA ENTRE ENERO Y JUNIO DEL 2009.**



**Fuente: Tabla No. 1**

**GRÁFICO No. 2: EDAD DE LAS USUARIAS DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS POSPARTO DEL CENTRO DE SALUD “BELLO AMANECER” QUILALÍ, NUEVA SEGOVIA ENTRE ENERO Y JUNIO DEL 2009.**

**1.9**

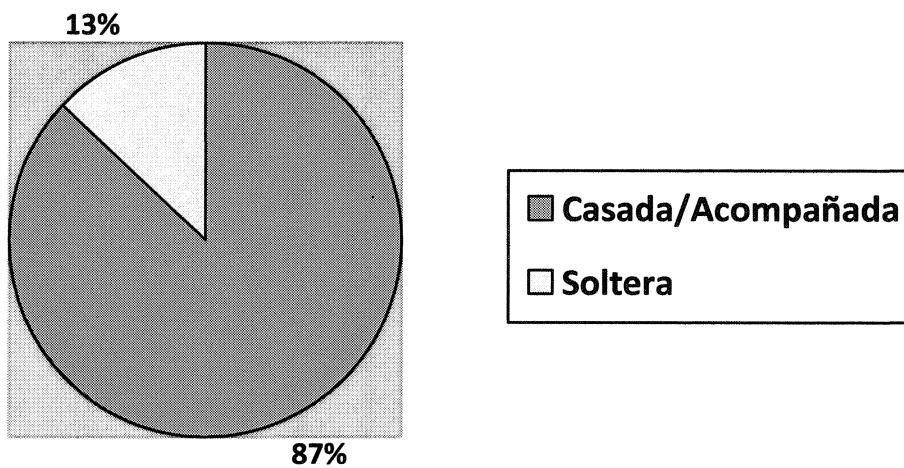


**Fuente: Tabla No. 1**



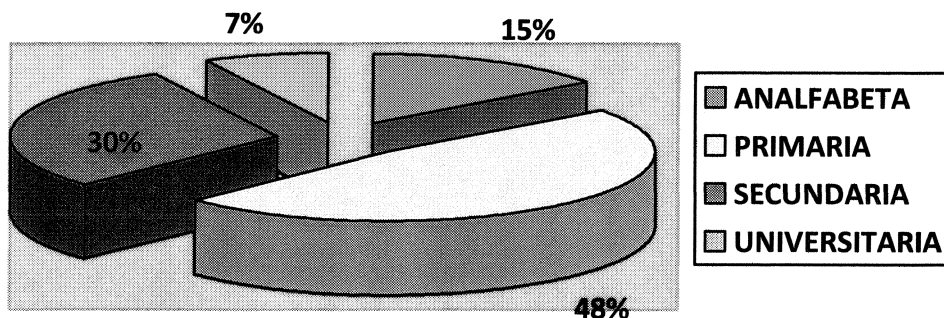


**GRÁFICO No. 3: SITUACIÓN CONYUGAL DE LAS USUARIAS DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS POSPARTO DEL CENTRO DE SALUD "BELLO AMANECER" QUILALÍ, NUEVA SEGOVIA ENTRE ENERO Y JUNIO DEL 2009.**



**Fuente: Tabla No. 1**

**GRÁFICO No. 4: ESCOLARIDAD DE LAS USUARIAS DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS POSPARTO DEL CENTRO DE SALUD "BELLO AMANECER" QUILALÍ, NUEVA SEGOVIA ENTRE ENERO Y JUNIO DEL 2009.**

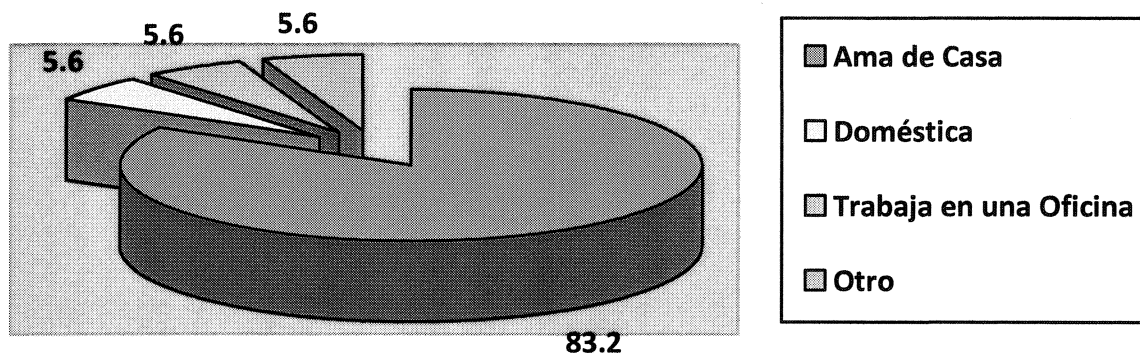


**Fuente: Tabla No. 1**



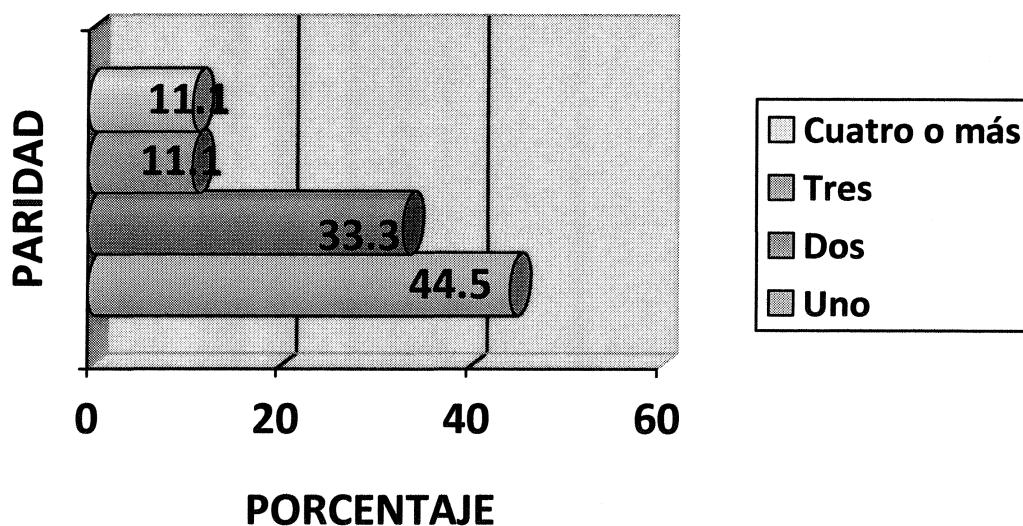


**GRÁFICO No. 5: OCUPACIÓN DE LAS USUARIAS DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS POSPARTO DEL CENTRO DE SALUD "BELLO AMANECER" QUILALÍ, NUEVA SEGOVIA ENTRE ENERO Y JUNIO DEL 2009.**



Fuente: Tabla No. 1

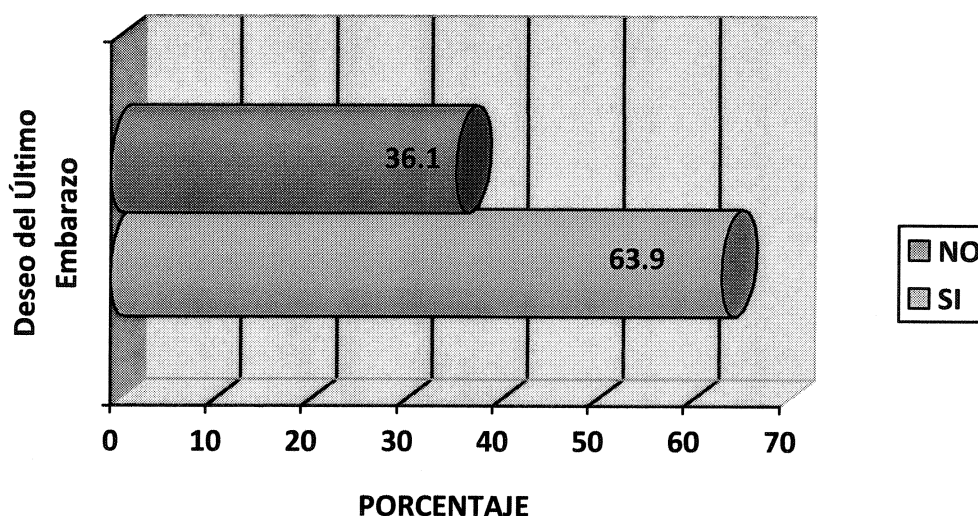
**GRÁFICO No. 6: PARIDAD DE LAS USUARIAS DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS POSPARTO DEL CENTRO DE SALUD "BELLO AMANECER" QUILALÍ, NUEVA SEGOVIA ENTRE ENERO Y JUNIO DEL 2009.**



Fuente: Tabla No. 2

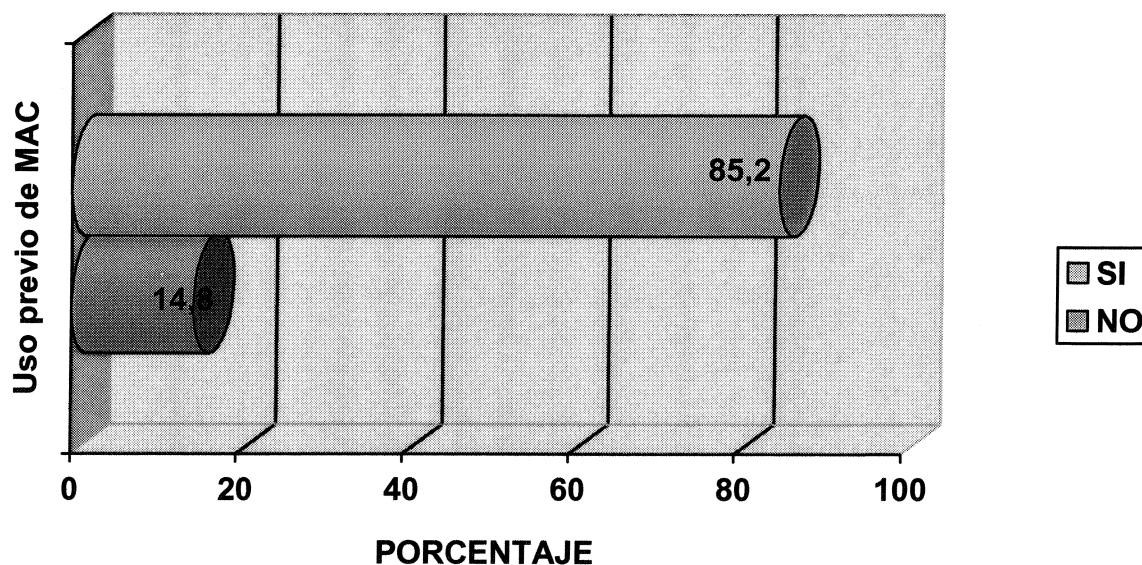


**GRÁFICO No. 7: DESEO DEL ÚLTIMO EBARAZO EN LAS USUARIAS DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS POSPARTO DEL CENTRO DE SALUD "BELLO AMANECER" QUILALÍ, NUEVA SEGOVIA ENTRE ENERO Y JUNIO DEL 2009.**



**Fuente: Tabla No. 2**

**GRÁFICO No. 8: USO PREVIO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN LAS USUARIAS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR POSPARTO DEL CENTRO DE SALUD "BELLO AMANECER" QUILALÍ, NUEVA SEGOVIA ENTRE ENERO Y JUNIO DEL 2009.**

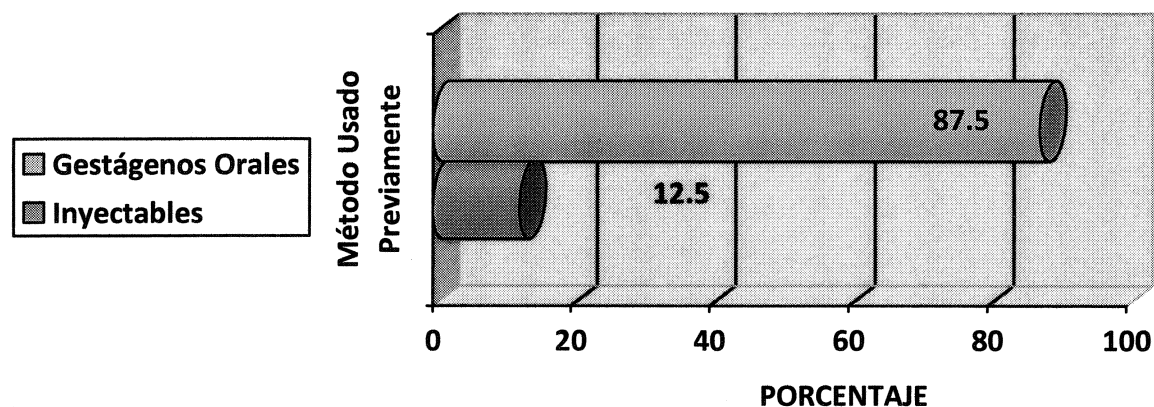


MAC: Métodos anticonceptivos

**Fuente: Tabla No. 2**



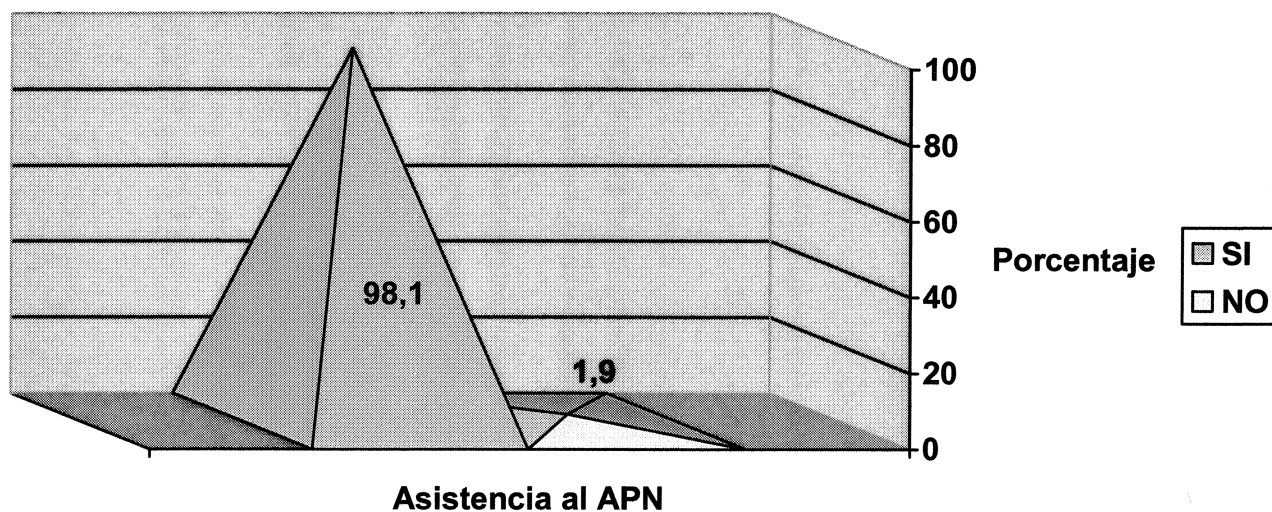
**GRÁFICO No. 9: TIPO DE MÉTODO USADO PREVIAMENTE EN LAS USUARIAS DE ANTICONCEPTIVOS POSPARTO DEL CENTRO DE SALUD “BELLO AMANECER” QUILALÍ, NUEVA SEGOVIA ENTRE ENERO Y JUNIO DEL 2009**



Fuente: Tabla No. 2

Fuente: Tabla No. 2

**GRÁFICO No. 10: ASISTENCIA A LA ATENCIÓN PRENATAL DE LAS USUARIAS DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS POSPARTO DEL CENTRO DE SALUD “BELLO AMANECER” QUILALÍ, NUEVA SEGOVIA ENTRE ENERO Y JUNIO DEL 2009.**

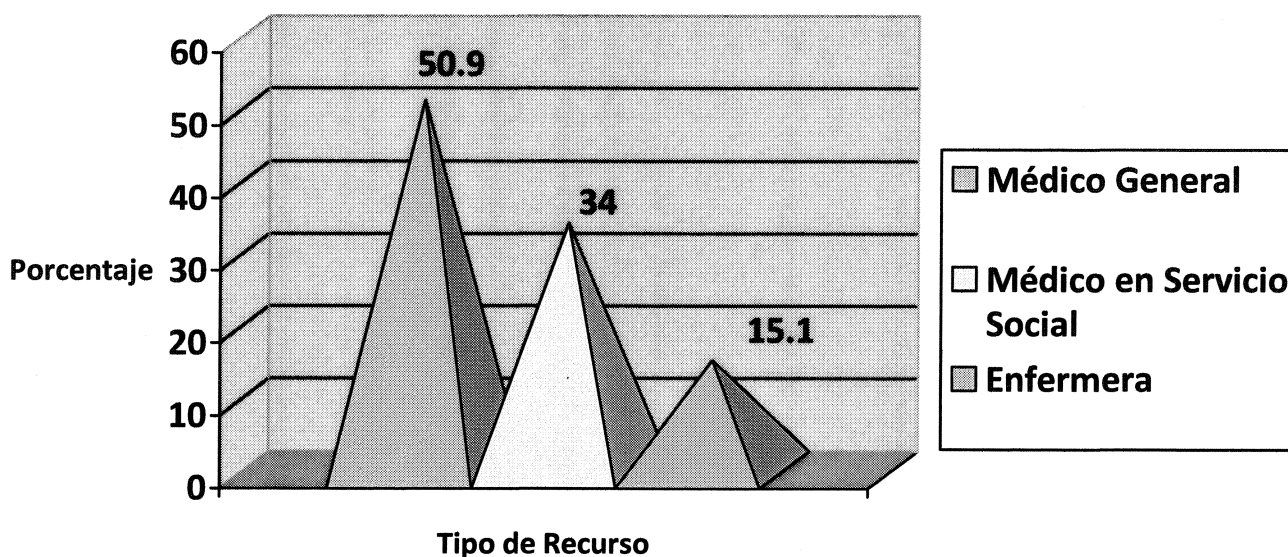


APN: Atención Prenatal

Fuente: Tabla No. 3

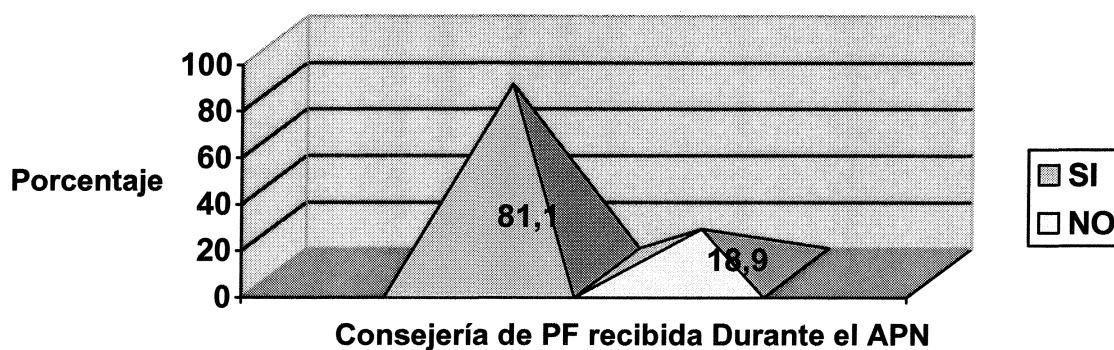


**GRÁFICO No. 11: TIPO DE RECURSO QUE ATENDIÓ EN EL APN A LAS USUARIAS DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS POSPARTO DEL CENTRO DE SALUD "BELLO AMANECER" QUILALÍ, NUEVA SEGOVIA ENTRE ENERO Y JUNIO DEL 2009**



**Fuente: Tabla No. 3**

**GRÁFICO No. 12: CONSEJERÍA EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR DURANTE EL APN DE LAS USUARIAS DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS POSPARTO DEL CENTRO DE SALUD "BELLO AMANECER" QUILALÍ, NUEVA SEGOVIA ENTRE ENERO Y JUNIO DEL 2009.**



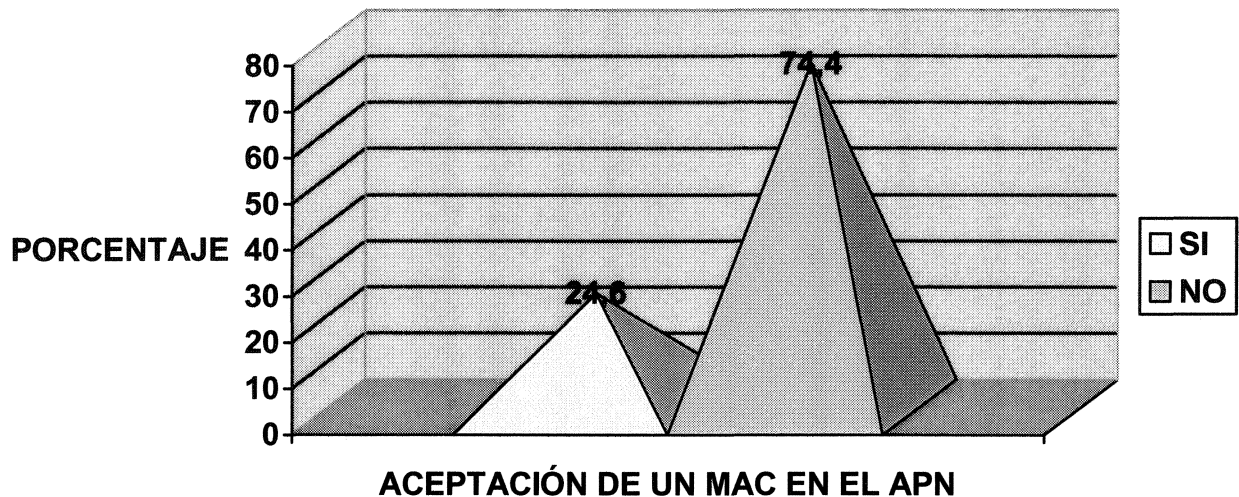
APN: Atención Prenatal

PF: Planificación Familiar

**Fuente: Tabla No. 3**



**GRÁFICO No. 13: ACEPTACIÓN DE UN MÉTODO DURANTE EL APN DE LAS USUARIAS DE ANTICONCEPTIVOS POSPARTO DEL CENTRO DE SALUD "BELLO AMANECER" QUILALÍ, NUEVA SEGOVIA ENTRE ENERO Y JUNIO DEL 2009.**

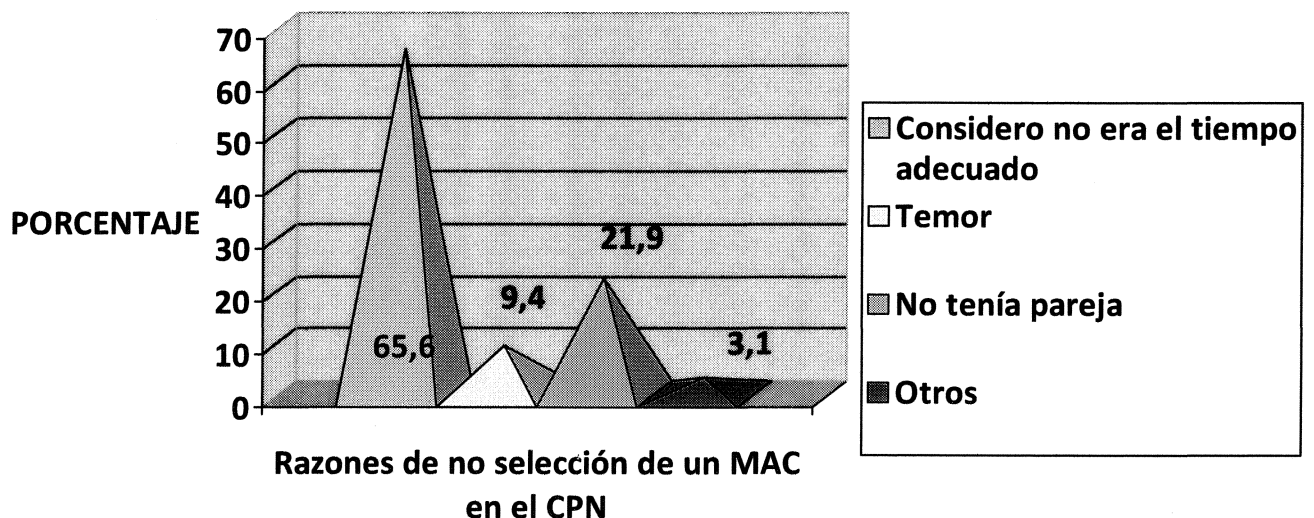


APN: Atención Prenatal

MAC: Método anticonceptivo

**Fuente: Tabla No. 3**

**GRÁFICO No. 14: RAZONES DE NO SELECCIÓN DE UN MÉTODO DURANTE EL CPN EN LAS USUARIAS DE ANTICONCEPTIVOS POSPARTO DEL CENTRO DE SALUD "BELLO AMANECER" QUILALÍ, NUEVA SEGOVIA ENTRE ENERO Y JUNIO DEL 2009.**



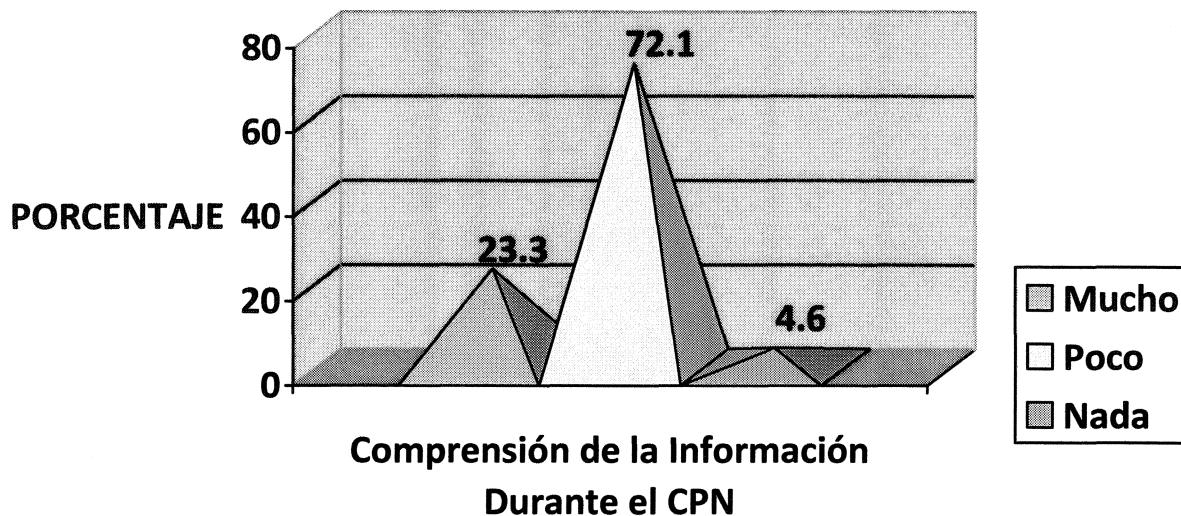
CPN: Control Prenatal

MAC: Método Anticonceptivo

**Fuente: Tabla No. 3**



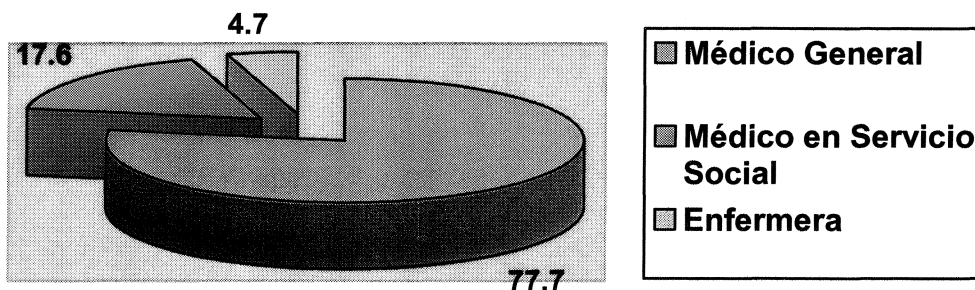
**GRÁFICO No. 15: COMPRENSIÓN DE LA INFORMACIÓN RECIBIDA DURANTE EL CPN EN LAS USUARIAS DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS POSPARTO DEL CENTRO DE SALUD "BELLO AMANECER" QUILALÍ, NUEVA SEGOVIA ENTRE ENERO Y JUNIO DEL 2009.**



CPN: Control Prenatal

Fuente: Tabla No. 3

**GRÁFICO No. 16: TIPO DE RECURSO QUE ATENDIÓ EN LABOR A LAS USUARIAS DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS POSPARTO DEL CENTRO DE SALUD "BELLO AMANECER" QUILALÍ, NUEVA SEGOVIA ENTRE ENERO Y JUNIO DEL 2009.**

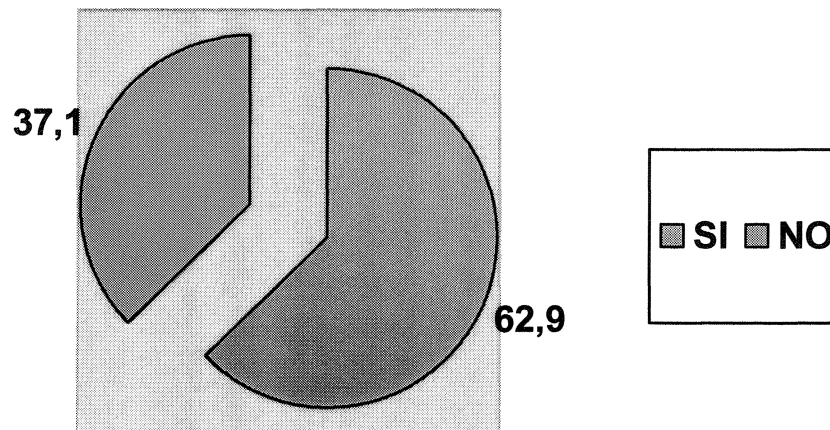


Fuente: Tabla No. 4



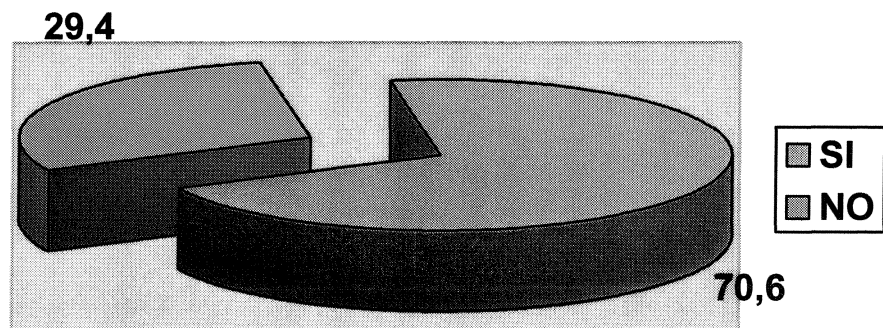


**GRÁFICO No. 17: CONSEJERÍA EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR RECIBIDA DURANTE EL TRABAJO DE PARTO EN LAS USUARIAS DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS POSPARTO DEL CENTRO DE SALUD “BELLO AMANECER” QUILALÍ, NUEVA SEGOVIA ENTRE ENERO Y JUNIO DEL 2009.**



**Fuente: Tabla No. 4**

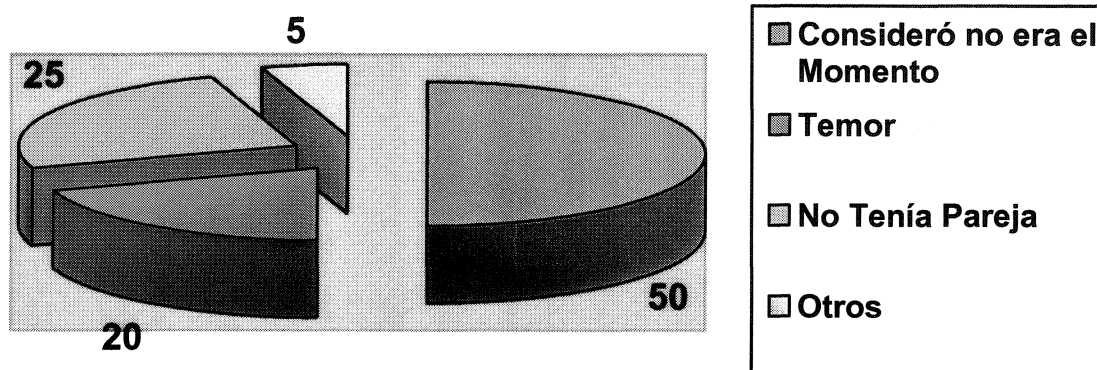
**GRÁFICO No. 18: ACEPTACIÓN DE UN MÉTODO DURANTE EL PARTO EN LAS USUARIAS DE ANTICONCEPTIVOS POSPARTO DEL CENTRO DE SALUD “BELLO AMANECER” QUILALÍ, NUEVA SEGOVIA ENTRE ENERO Y JUNIO DEL 2009.**



**Fuente: Tabla No. 4**

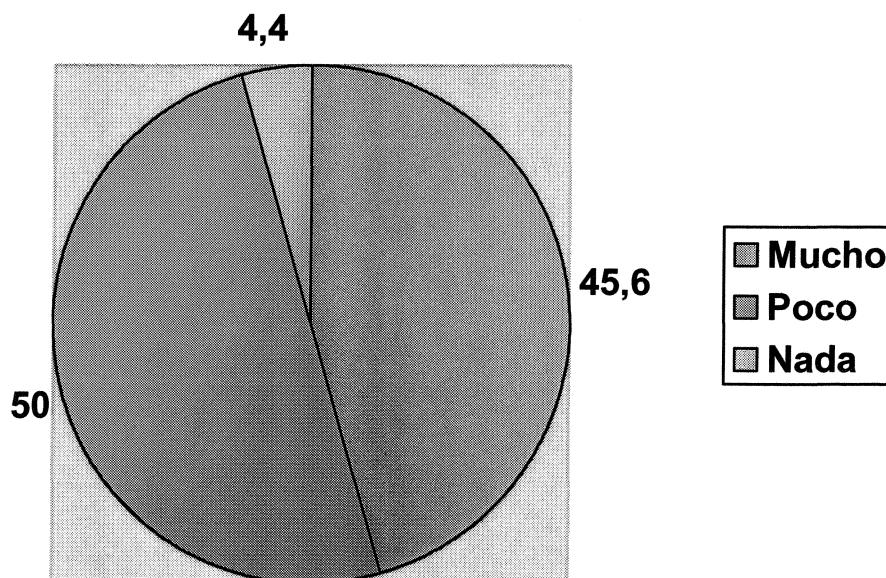


**GRÁFICO No. 19: RAZONES DE NO SELECCIÓN DE UN MÉTODO DURANTE EL TRABAJO DE PARTO EN LAS USUARIAS DE ANTICONCEPTIVOS POSPARTO DEL CENTRO DE SALUD "BELLO AMANECER" QUILALÍ, NUEVA SEGOVIA ENTRE ENERO Y JUNIO DEL 2009.**



Fuente: Tabla No. 4

**GRÁFICO No. 20: COMPRENSIÓN DE LA INFORMACIÓN RECIBIDA DURANTE EL PARTO EN LAS USUARIAS DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS POSPARTO DEL CENTRO DE SALUD "BELLO AMANECER" QUILALÍ, NUEVA SEGOVIA ENTRE ENERO Y JUNIO DEL 2009.**

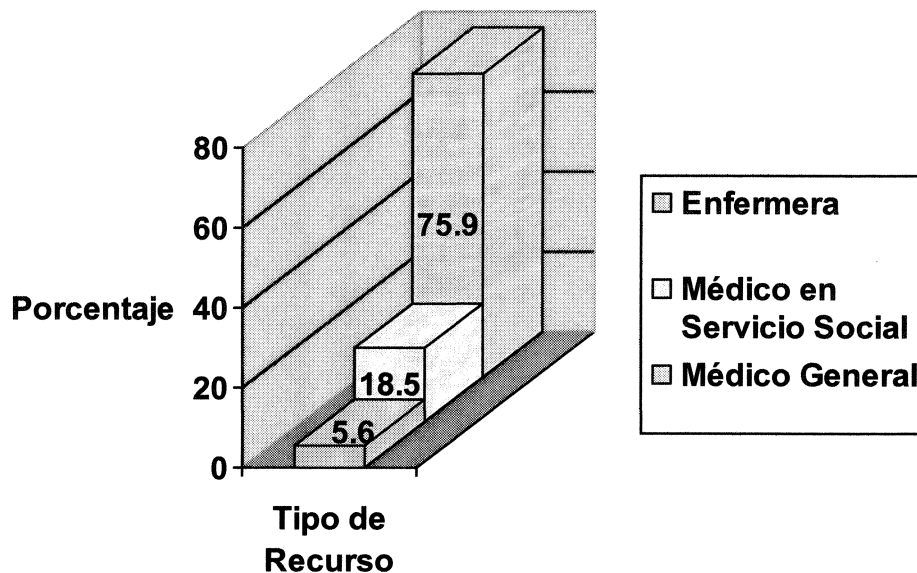


Fuente: Tabla No. 4



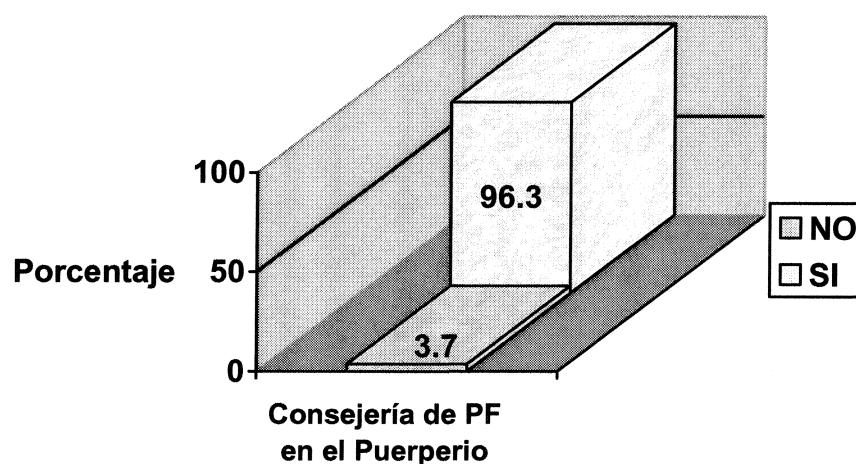


**GRÁFICO No. 21: TIPO DE RECURSO QUE ATENDIÓ EN EL PUERPERIO A LAS USUARIAS DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS POSPARTO DEL CENTRO DE SALUD "BELLO AMANECER" QUILALÍ, NUEVA SEGOVIA ENTRE ENERO Y JUNIO DEL 2009.**



Fuente: Tabla No. 5

**GRÁFICO No. 22: CONSEJERÍA EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR RECIBIDA EN EL PUERPERIO DE LAS USUARIAS DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS POSPARTO DEL CENTRO DE SALUD "BELLO AMANECER" QUILALÍ, NUEVA SEGOVIA ENTRE ENERO Y JUNIO DEL 2009.**

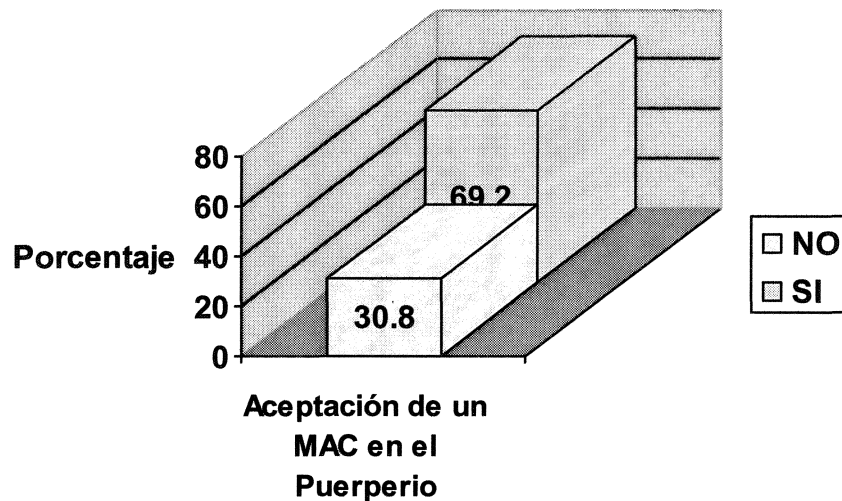


PF: Planificación Familiar

Fuente: Tabla No. 5



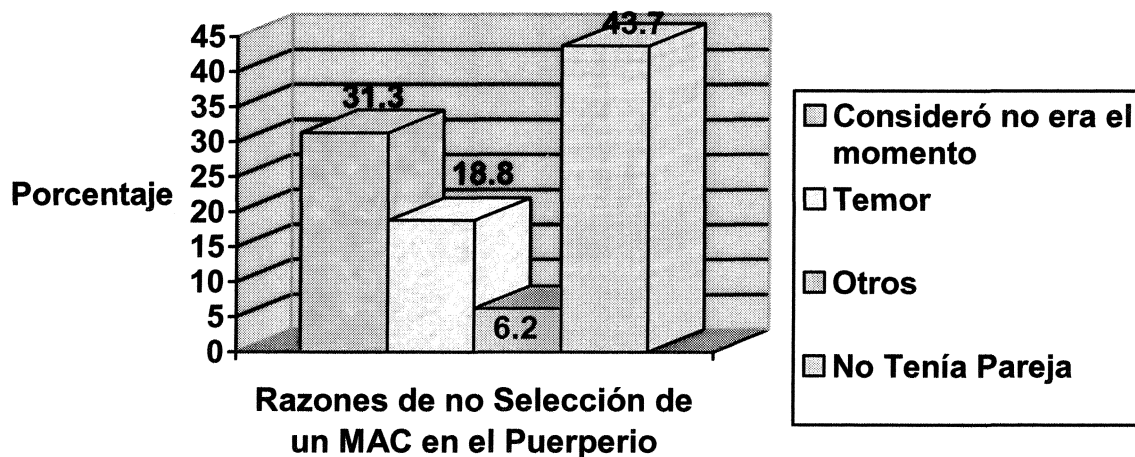
**GRÁFICO No. 23: ACEPTACIÓN DE UN MÉTODO DURANTE EL PUERPERIO EN LAS USUARIAS DE ANTICONCEPTIVOS POSPARTO DEL CENTRO DE SALUD "BELLO AMANECER" QUILALÍ, NUEVA SEGOVIA ENTRE ENERO Y JUNIO DEL 2009.**



MAC: Método Anticonceptivo

Fuente: Tabla No. 5

**GRÁFICO No. 24: RAZONES DE NO SELECCIÓN DE UN MÉTODO DURANTE EL PURPERIO EN LAS USUARIAS DE ANTICONCEPTIVOS POSPARTO DEL CENTRO DE SALUD "BELLO AMANECER" QUILALÍ, NUEVA SEGOVIA ENTRE ENERO Y JUNIO DEL 2009.**

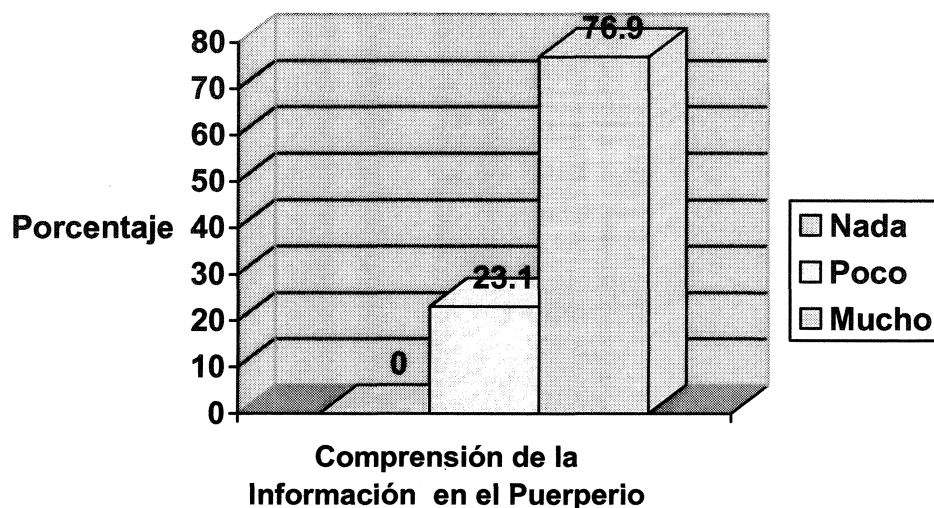


MAC: Método Anticonceptivo

Fuente: Tabla No. 5

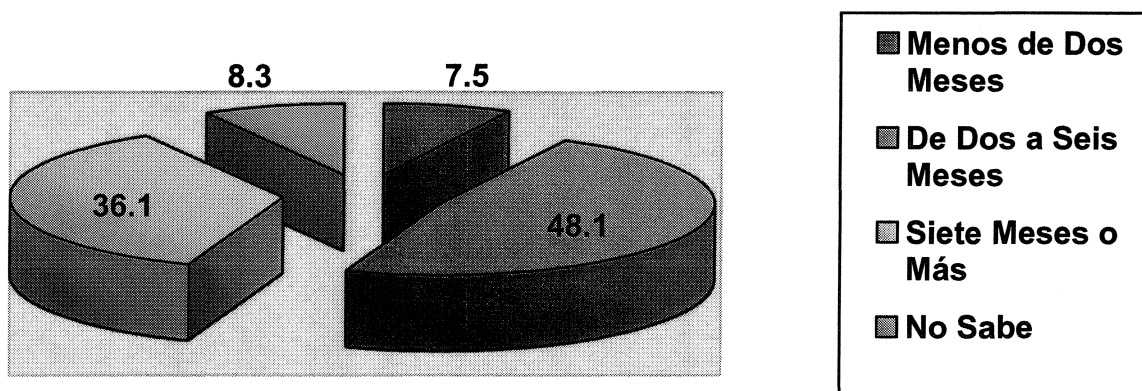


**GRÁFICO No. 25: COMPRENSIÓN DE LA INFORMACIÓN RECIBIDA EN EL PUERPERIO DE LAS USUARIAS DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS POSPARTO DEL CENTRO DE SALUD "BELLO AMANECER" QUILALÍ, NUEVA SEGOVIA ENTRE ENERO Y JUNIO DEL 2009.**



Fuente: Tabla No. 5

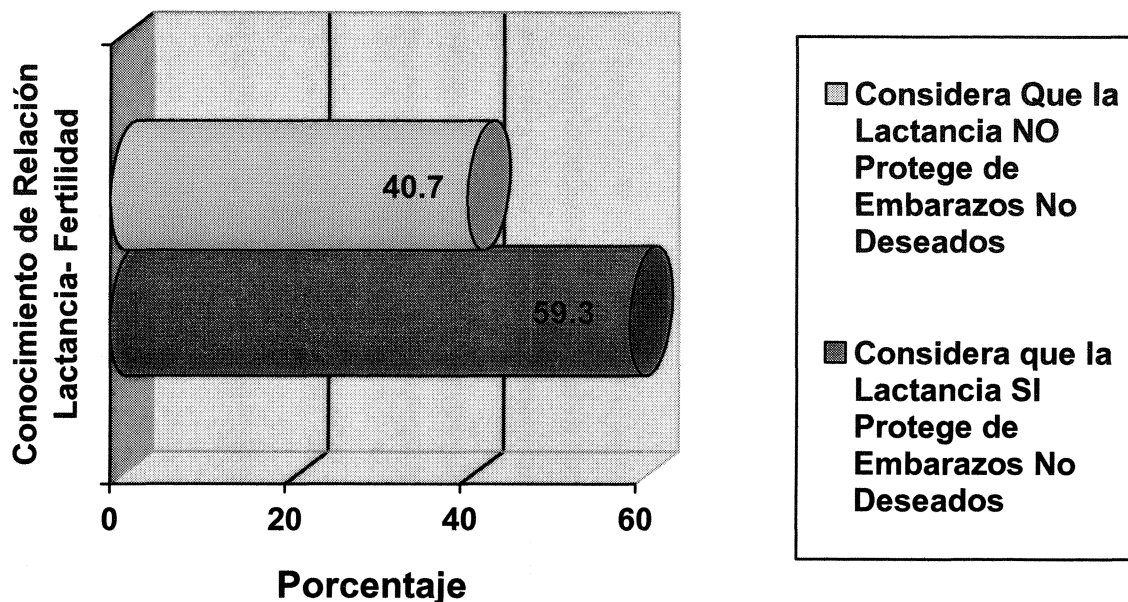
**GRÁFICO No. 26: CONOCIMIENTO DE RECUPERACIÓN DE FERTILIDAD EN LAS USUARIAS DE ANTICONCEPTIVOS POSPARTO DEL CENTRO DE SALUD "BELLO AMANECER" QUILALÍ, NUEVA SEGOVIA ENTRE ENERO Y JUNIO DEL 2009.**



Fuente: Tabla No. 6

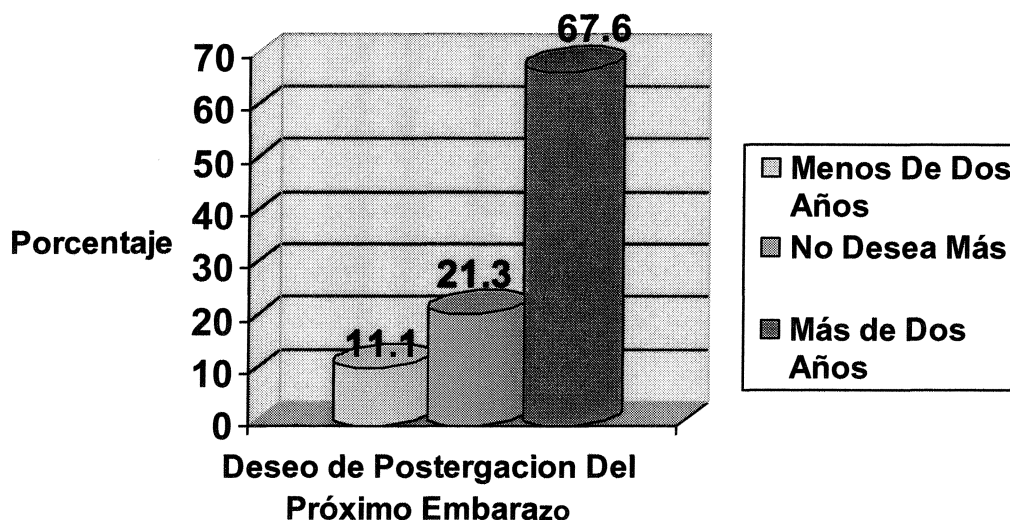


**GRÁFICO No. 27: CONOCIMIENTO DE RELACIÓN LACTANCIA- FERTILIDAD EN LAS USUARIAS DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS POSPARTO DEL CENTRO DE SALUD "BELLO AMANECER" QUILALÍ, NUEVA SEGOVIA ENTRE ENERO Y JUNIO DEL 2009.**



Fuente: Tabla No. 6

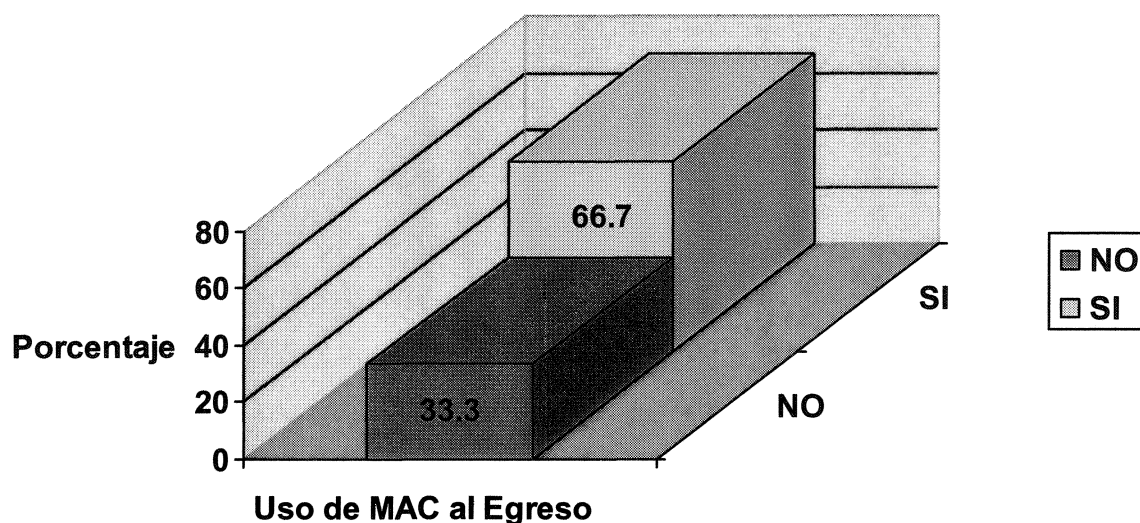
**GRÁFICO No. 28: DESEO DE POSTERGACIÓN DEL PRÓXIMO EMBARAZO EN LAS USUARIAS DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS POSPARTO DEL CENTRO DE SALUD "BELLO AMANECER" QUILALÍ, NUEVA SEGOVIA ENTRE ENERO Y JUNIO DEL 2009.**



Fuente: Tabla No. 6



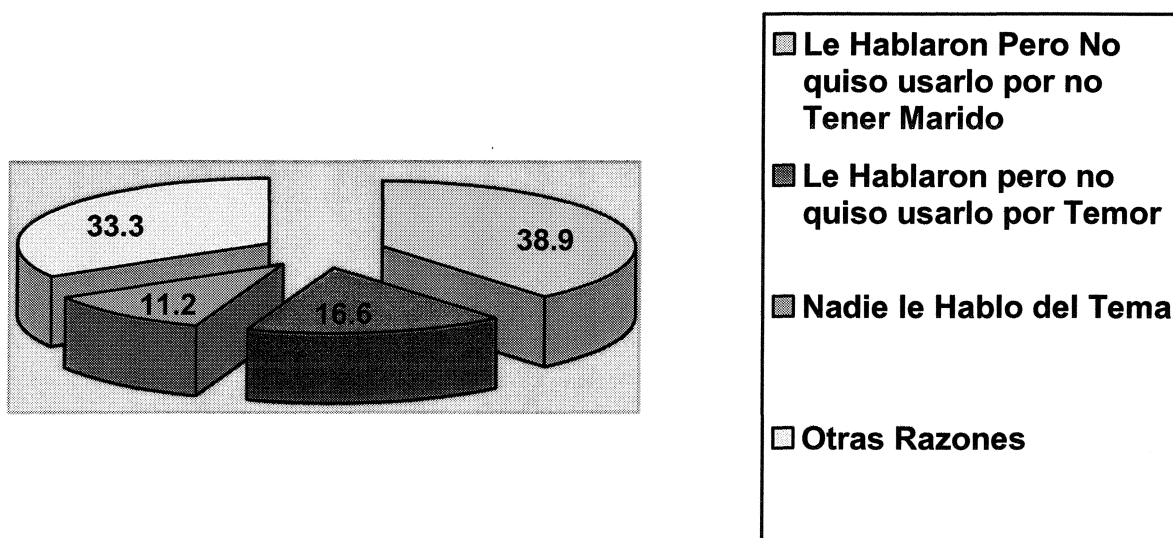
**GRÁFICO No. 29: USO DE UN MÉTODO AL EGRESO EN LAS USUARIAS DE ANTICONCEPTIVOS POSPARTO DEL CENTRO DE SALUD "BELLO AMANECER" QUILALÍ, NUEVA SEGOVIA ENTRE ENERO Y JUNIO DEL 2009.**



MAC: Método Anticonceptivo

Fuente: Tabla No. 6

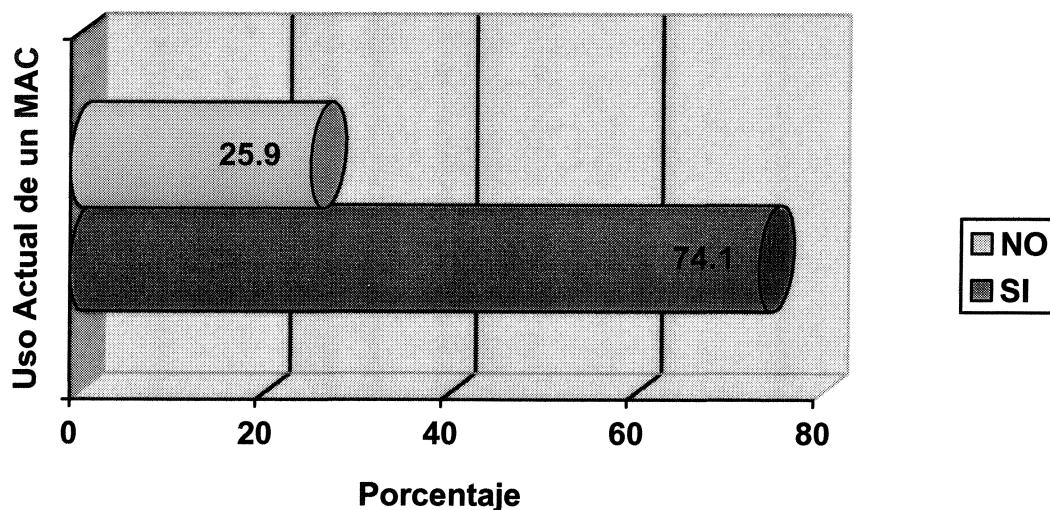
**GRÁFICO No. 30: RAZONES PARA NO USO DE UN MÉTODO AL EGRESO DE LAS USUARIAS DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS POSPARTO DEL CENTRO DE SALUD "BELLO AMANECER" QUILALÍ, NUEVA SEGOVIA ENTRE ENERO Y JUNIO DEL 2009.**



Fuente: Tabla No. 6



**GRÁFICO No. 31: USO ACTUAL DE UN MÉTODO EN LAS USUARIAS DE ANTICONCEPTIVOS POSPARTO DEL CENTRO DE SALUD “BELLO AMANECER” QUILALÍ, NUEVA SEGOVIA ENTRE ENERO Y JUNIO DEL 2009.**

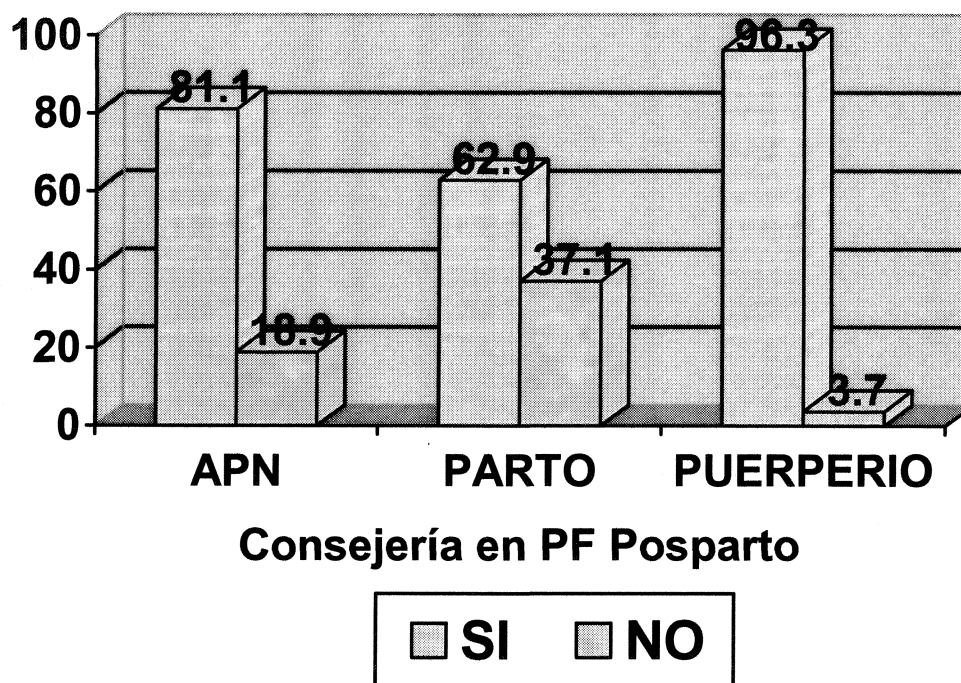


MAC: Método Anticonceptivo

**Fuente: Tabla No. 6**



**GRÁFICO No. 32: CONSEJERÍA EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR DURANTE LOS DIVERSOS MOMENTOS DE CONTACTO CON EL PERSONAL DE SALUD EN LAS USUARIAS DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS POSPARTO DEL CENTRO DE SALUD "BELLO AMANECER" QUILALÍ, NUEVA SEGOVIA ENTRE ENERO Y JUNIO DEL 2009.**



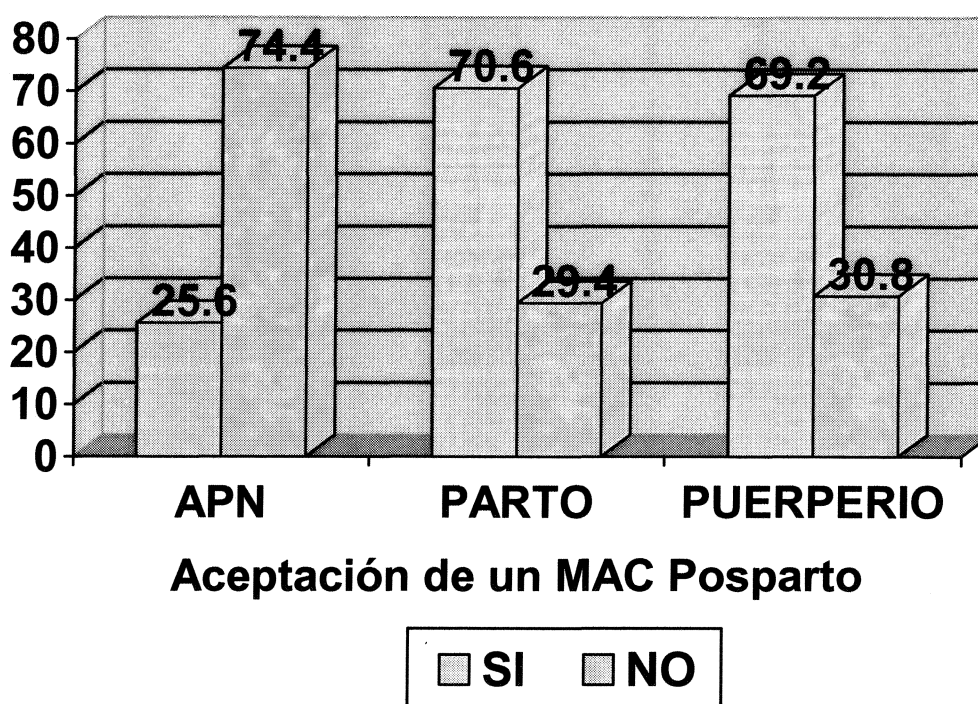
APN: Atención Prenatal

PF: Planificación Familiar

**Fuente: Tabla No. 7**



**GRÁFICO No. 33: ACEPTACIÓN DE UN MÉTODO EN LOS DIVERSOS MOMENTOS DE CONTACTO CON EL PERSONAL DE SALUD EN LAS USUARIAS DE ANTICONCEPTIVOS POSPARTO DEL CENTRO DE SALUD "BELLO AMANECER" QUILALÍ, NUEVA SEGOVIA ENTRE ENERO Y JUNIO DEL 2009.**



APN: Atención Prenatal

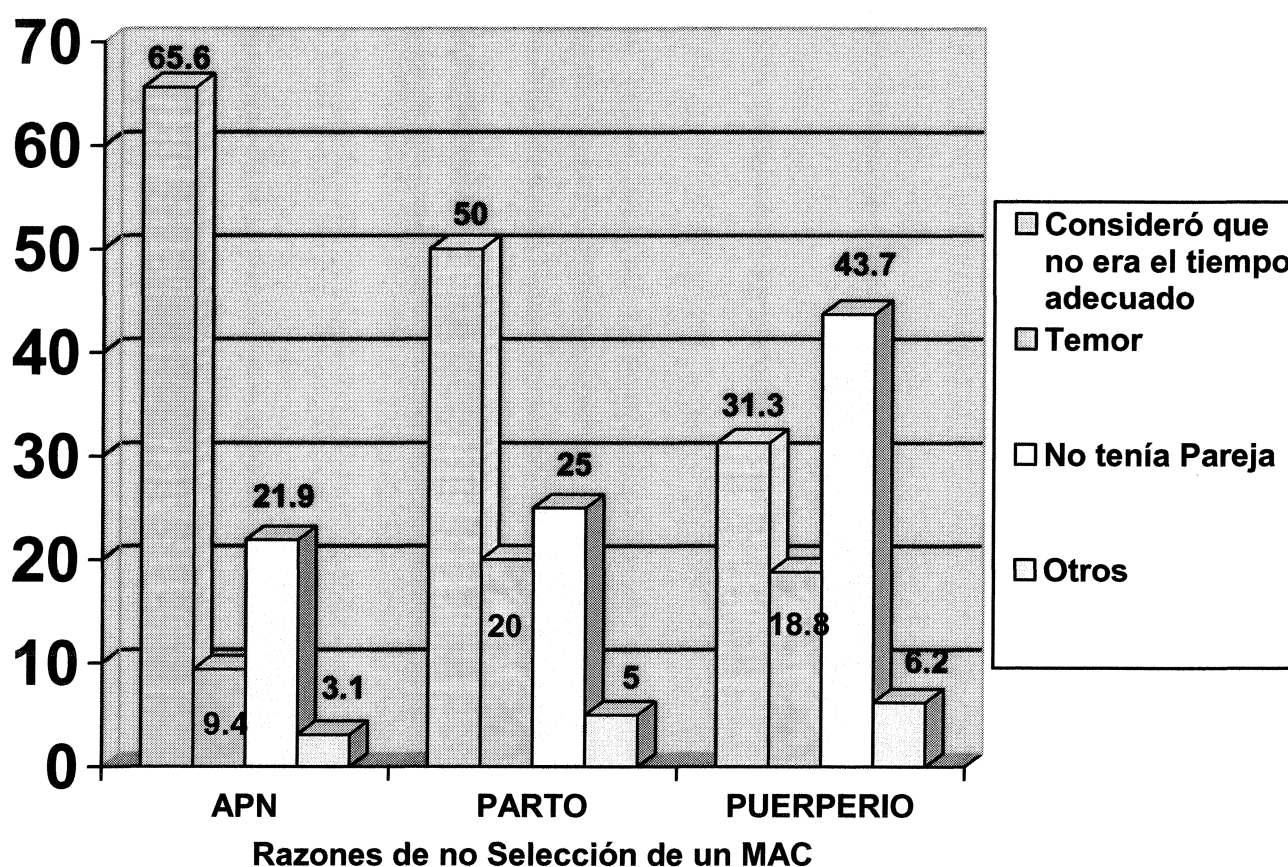
MAC: Método Anticonceptivo

**Fuente: Tabla No. 8**





**GRÁFICO No. 34: RAZONES DE NO SELECCIÓN DE UN MÉTODO DURANTE LOS DIVERSOS MOMENTOS DE CONTACTO CON EL PERSONAL DE SALUD EN LAS USUARIAS DE ANTICONCEPTIVOS POSPARTO DEL CENTRO DE SALUD "BELLO AMANECER" QUILALÍ, NUEVA SEGOVIA ENTRE ENERO Y JUNIO DEL 2009.**



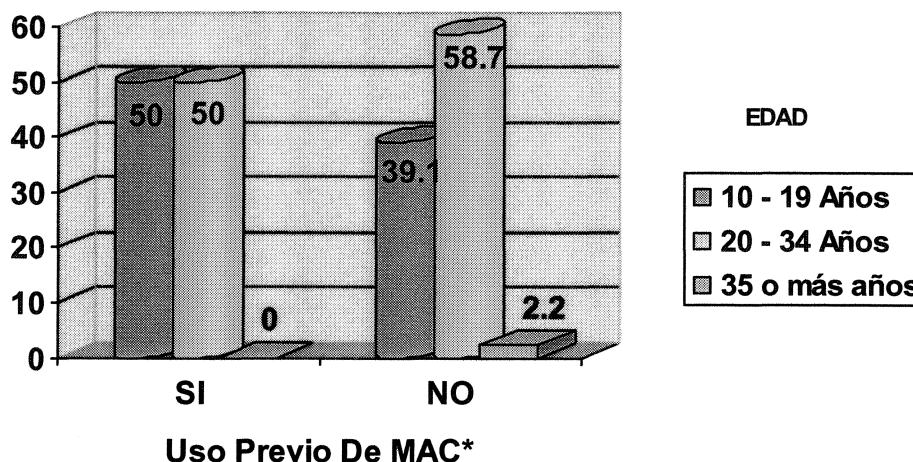
APN: Atención Prenatal

MAC: Método Anticonceptivo

**Fuente: Tabla No. 9**



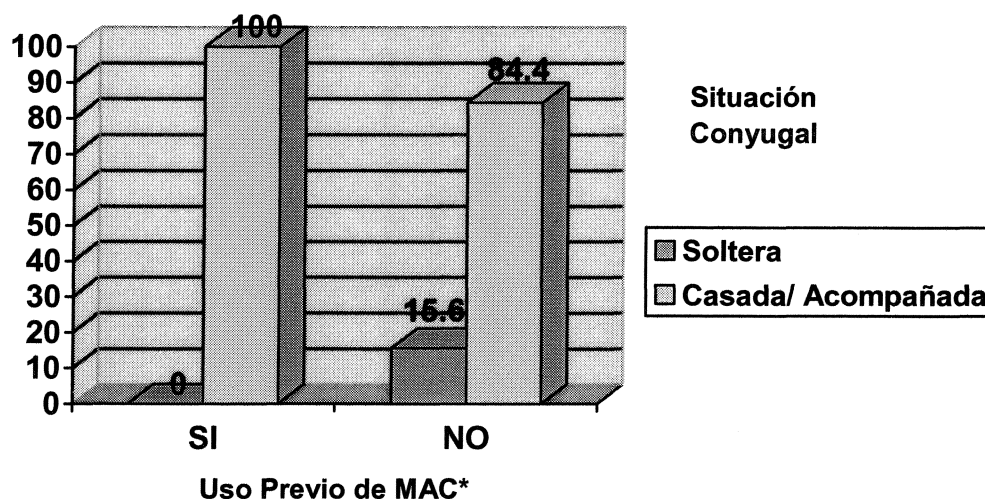
**GRÁFICO No. 35: RELACIÓN ENTRE USO PREVIO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS VS EDAD EN LAS USUARIAS DE ANTICONCEPCIÓN POSPARTO DEL CENTRO DE SALUD "BELLO AMANECER" QUILALÍ, NUEVA SEGOVIA ENTRE ENERO Y JUNIO DEL 2009.**



MAC\*: Métodos Anticonceptivos

Fuente: Tabla No. 10

**GRÁFICO No. 36: RELACIÓN ENTRE USO PREVIO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS VS ESTADO CIVIL EN LAS USUARIAS DE ANTICONCEPCIÓN POSPARTO DEL CENTRO DE SALUD "BELLO AMANECER" QUILALÍ, NUEVA SEGOVIA ENTRE ENERO Y JUNIO DEL 2009.**

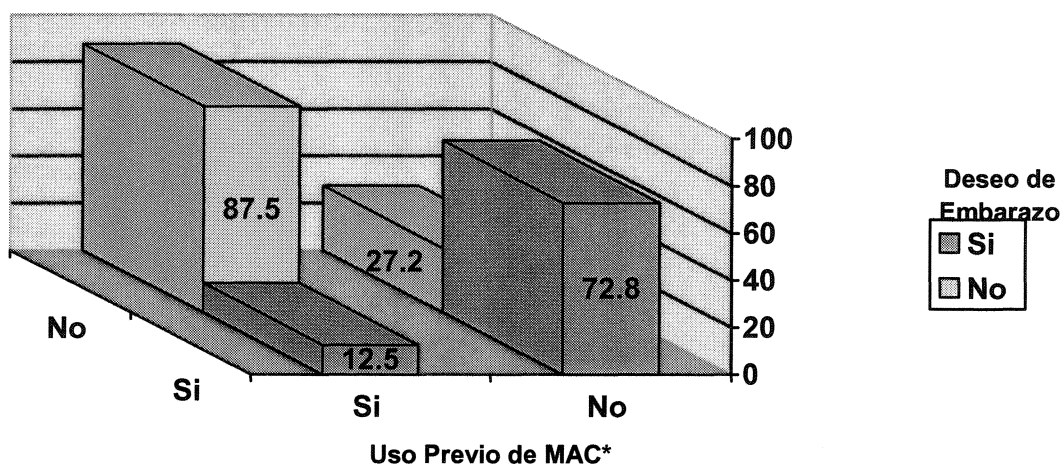


MAC\*: Métodos Anticonceptivos

Fuente: Tabla No. 11



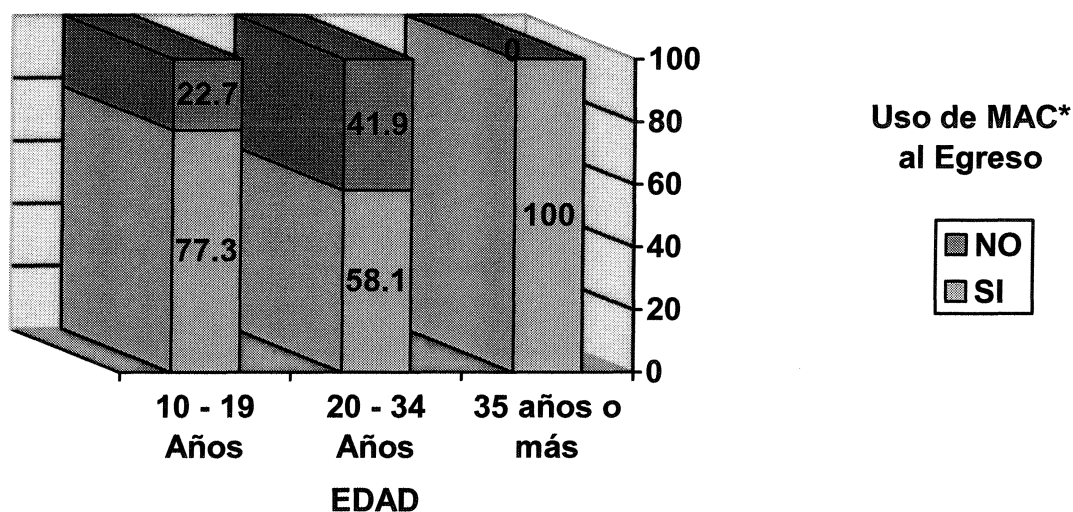
**GRÁFICO No. 37: RELACIÓN ENTRE USO PREVIO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS VS DESEO DE ÚLTIMO EMBARAZO EN LAS USUARIAS DE ANTICONCEPCIÓN POSPARTO DEL CENTRO DE SALUD "BELLO AMANECER" QUILALÍ, NUEVA SEGOVIA ENTRE ENERO Y JUNIO DEL 2009.**



MAC\*: Métodos Anticonceptivos

Fuente: Tabla No. 12

**GRÁFICO No. 38: RELACIÓN ENTRE USO DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO AL EGRESO VS EDAD EN LAS USUARIAS DE ANTICONCEPCIÓN POSPARTO DEL CENTRO DE SALUD "BELLO AMANECER" QUILALÍ, NUEVA SEGOVIA ENTRE ENERO Y JUNIO DEL 2009.**

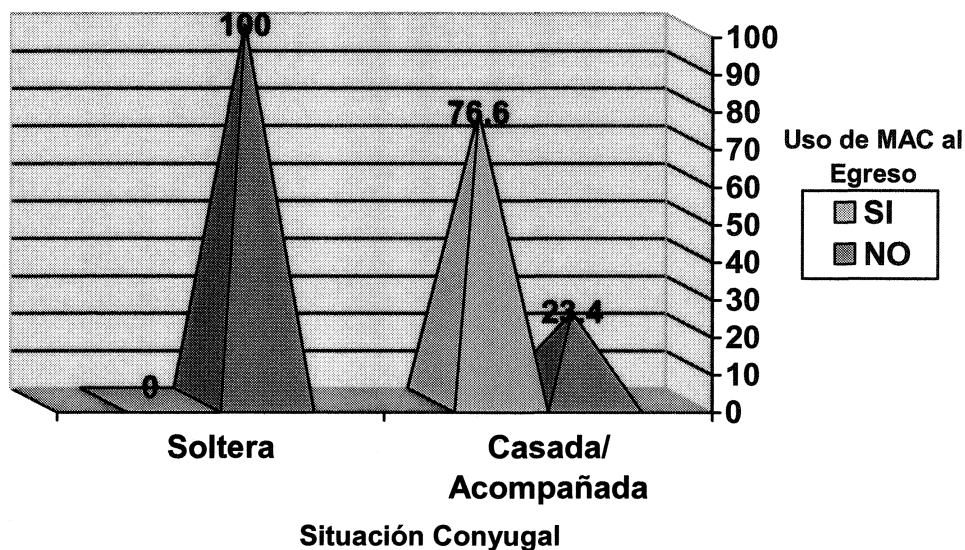


MAC\*: Métodos Anticonceptivos

Fuente: Tabla No. 13



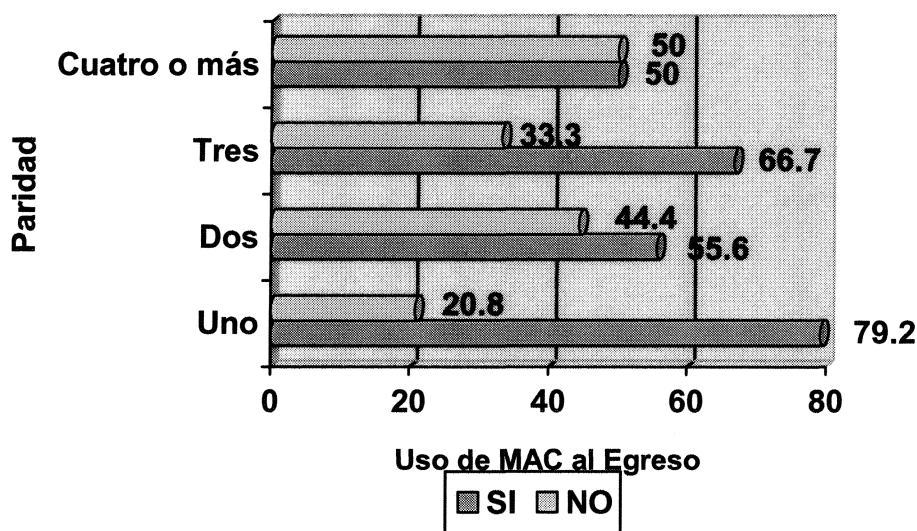
**GRÁFICO No. 39: RELACIÓN ENTRE USO DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO AL EGRESO VS ESTADO CIVIL EN LAS USUARIAS DE ANTICONCEPCIÓN POSPARTO DEL CENTRO DE SALUD "BELLO AMANECER" QUILALÍ, NUEVA SEGOVIA ENTRE ENERO Y JUNIO DEL 2009.**



MAC\*: Métodos Anticonceptivos

Fuente: Tabla No. 14

**GRÁFICO No. 40: RELACIÓN ENTRE USO DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO AL EGRESO VS PARIDAD EN LAS USUARIAS DE ANTICONCEPCIÓN POSPARTO DEL CENTRO DE SALUD "BELLO AMANECER" QUILALÍ, NUEVA SEGOVIA ENTRE ENERO Y JUNIO DEL 2009.**

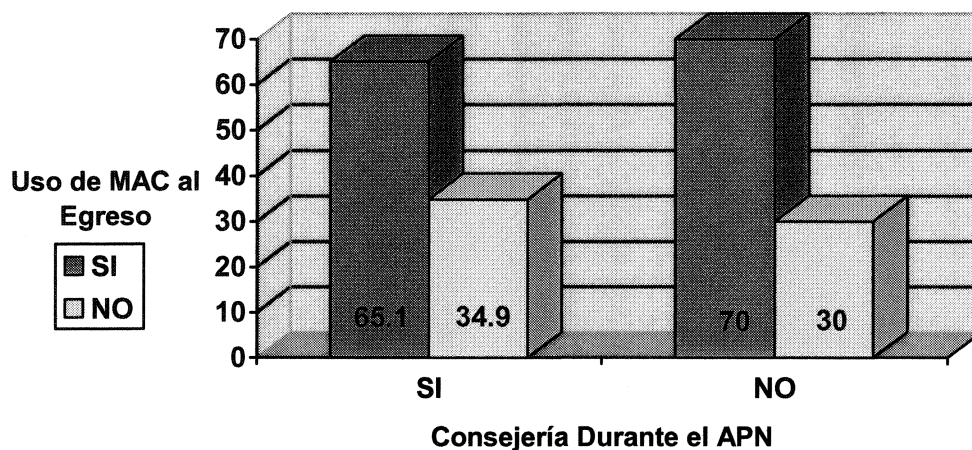


MAC\*: Métodos Anticonceptivos

Fuente: Tabla No. 15



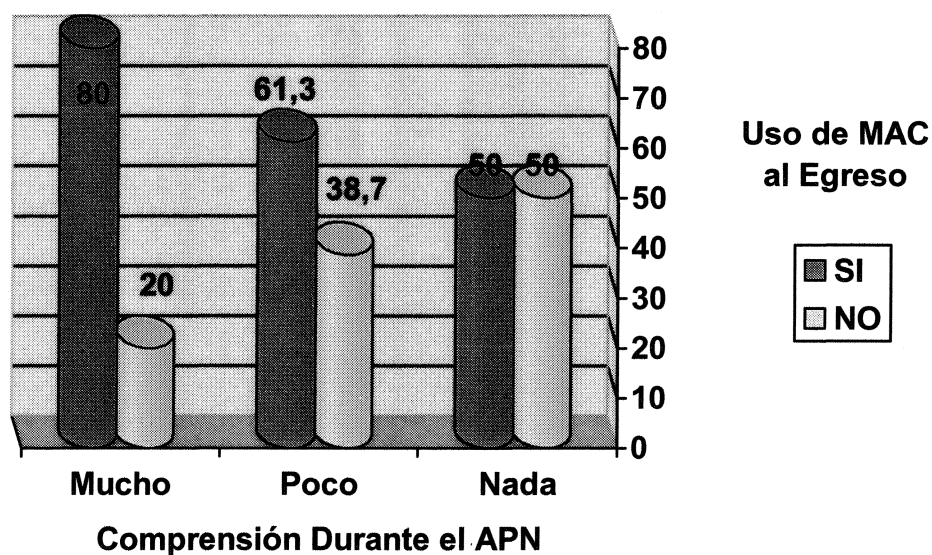
**GRÁFICO No. 41: RELACIÓN ENTRE USO DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO AL EGRESO VS CONSEJERÍA EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR RECIBIDA DURANTE EL CONTROL PRENATAL DE LAS USUARIAS DE ANTICONCEPCIÓN POSPARTO DEL CENTRO DE SALUD “BELLO AMANECER” QUILALÍ, NUEVA SEGOVIA ENTRE ENERO Y JUNIO DEL 2009.**



MAC\*: Métodos Anticonceptivos APN: Atención Prenatal

**Fuente: Tabla No. 16**

**GRÁFICO No. 42: RELACIÓN ENTRE USO DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO AL EGRESO VS COMPRENSION DE LA INFORMACION RECIBIDA EN EL CONTROL PRENATAL EN LAS USUARIAS DE ANTICONCEPCIÓN POSPARTO DEL CENTRO DE SALUD “BELLO AMANECER” QUILALÍ, NUEVA SEGOVIA ENTRE ENERO Y JUNIO DEL 2009.**

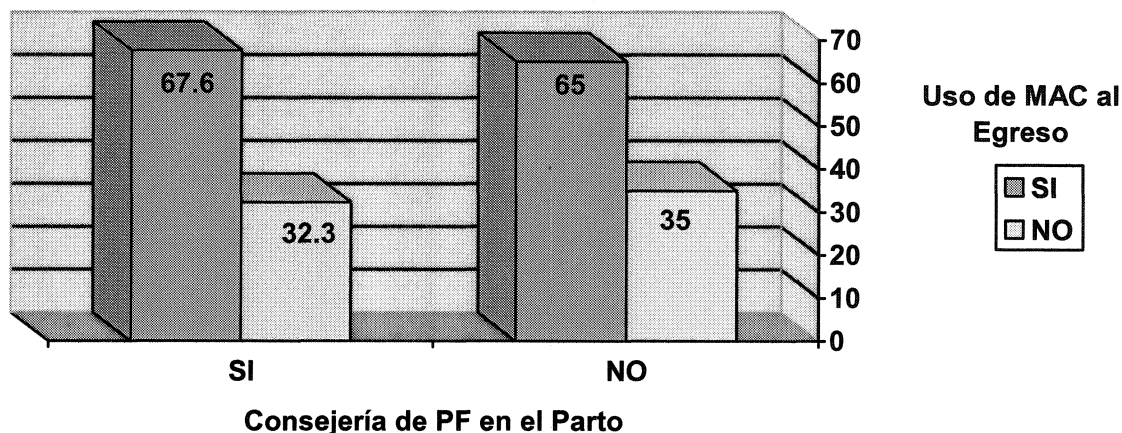


MAC\*: Métodos Anticonceptivos APN: Atención Prenatal

**Fuente: Tabla No. 17**



**GRÁFICO No. 43: RELACIÓN ENTRE USO DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO AL EGRESO VS CONSEJERÍA EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR RECIBIDA DURANTE EL PARTO EN LAS USUARIAS DE ANTICONCEPCIÓN POSPARTO DEL CENTRO DE SALUD "BELLO AMANECER" QUILALÍ, NUEVA SEGOVIA ENTRE ENERO Y JUNIO DEL 2009.**

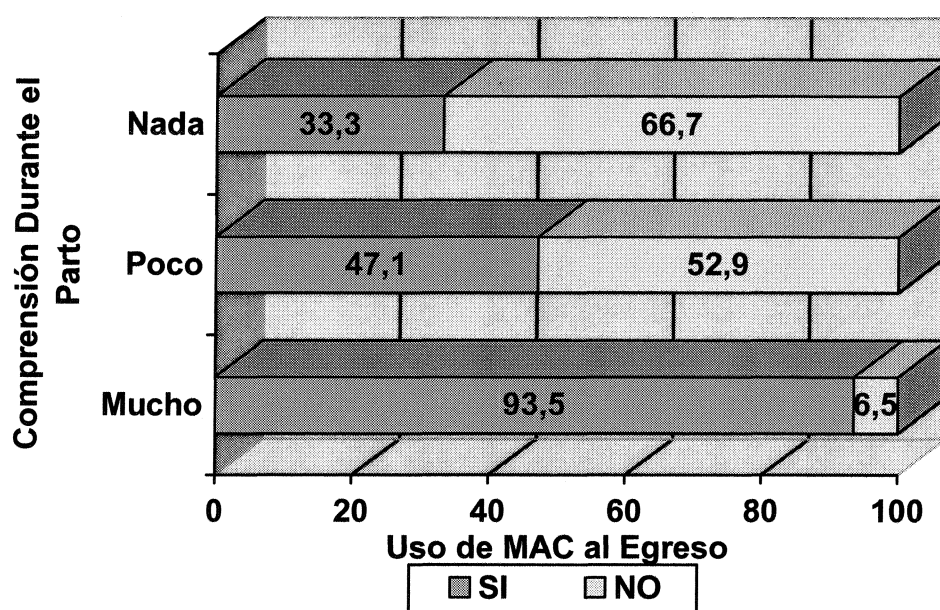


MAC\*: Métodos Anticonceptivos

PF: Planificación Familiar

**Fuente: Tabla No. 18**

**GRÁFICO No. 44: RELACIÓN ENTRE USO DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO AL EGRESO VS COMPRESION DE LA INFORMACION RECIBIDA EN EL PARTO DE LAS USUARIAS DE ANTICONCEPCIÓN POSPARTO DEL CENTRO DE SALUD "BELLO AMANECER" QUILALÍ, NUEVA SEGOVIA ENTRE ENERO Y JUNIO DEL 2009.**



MAC\*: Métodos Anticonceptivos

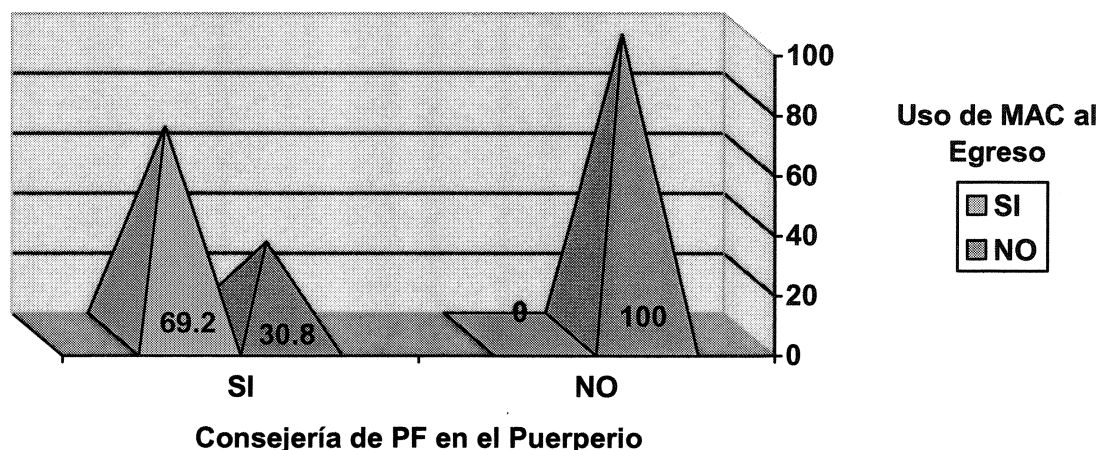
PF: Planificación Familiar

**Fuente: Tabla No.19**





**GRÁFICO No. 45: RELACIÓN ENTRE USO DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO AL EGRESO VS CONSEJERÍA EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR RECIBIDA DURANTE EL PUERPERIO EN LAS USUARIAS DE ANTICONCEPCIÓN POSPARTO DEL CENTRO DE SALUD "BELLO AMANECER" QUILALÍ, NUEVA SEGOVIA ENTRE ENERO Y JUNIO DEL 2009.**

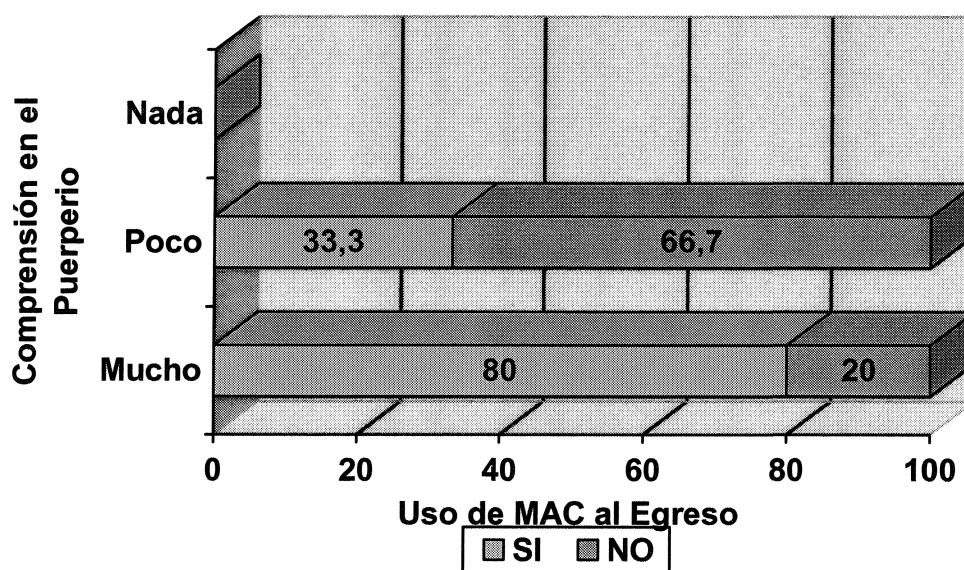


MAC\*: Métodos Anticonceptivos

PF: Planificación Familiar

Fuente: Tabla No. 20

**GRÁFICO No. 46: RELACIÓN ENTRE USO DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO AL EGRESO VS COMPRENSION DE LA INFORMACION RECIBIDA DURANTE EL PUERPERIO EN LAS USUARIAS DE ANTICONCEPCIÓN POSPARTO DEL CENTRO DE SALUD "BELLO AMANECER" QUILALÍ, NUEVA SEGOVIA ENTRE ENERO Y JUNIO DEL 2009.**



MAC\*: Métodos Anticonceptivos

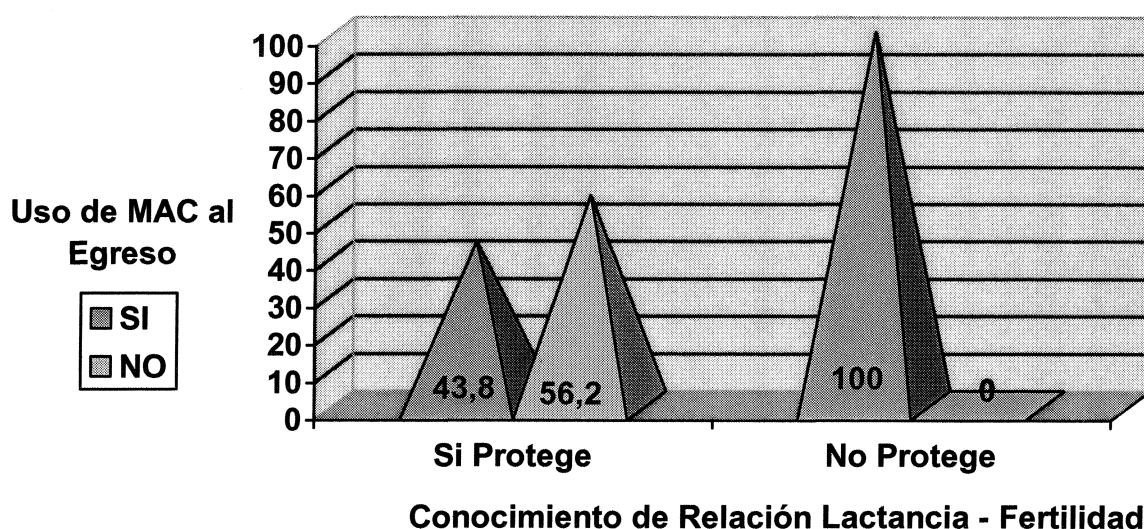
PF: Planificación Familiar

Fuente: Tabla No. 21





**GRÁFICO No. 47: RELACIÓN ENTRE USO DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO AL EGRESO VS CONOCIMIENTO DE RELACIÓN LACTANCIA – FERTILIDAD EN LAS USUARIAS DE ANTICONCEPCIÓN POSPARTO DEL CENTRO DE SALUD “BELLO AMANECER” QUILALÍ, NUEVA SEGOVIA ENTRE ENERO Y JUNIO DEL 2009**



MAC\*: Métodos Anticonceptivos

**Fuente: Tabla No.22**





**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
CENTRO DE SALUD CON CAMAS “BELLO AMANECER”**

**I. CARACTERÍSTICAS SOCIO- DEMOGRÁFICAS**

1. ¿La localidad de la que procede que características tiene?

a. Urbana \_\_\_\_\_ b. Rural \_\_\_\_\_

2. ¿Cuántos años tenía al momento de este último parto?

\_\_\_\_\_ (años)

a. 10 a 19 años \_\_\_\_\_

b. 20 a 34 años \_\_\_\_\_

c. 35 o más años \_\_\_\_\_

3. ¿Cuál es su estado civil?

a. Casada/ Acompañada \_\_\_\_\_

b. Soltera \_\_\_\_\_

4. ¿Cuál es su nivel escolar?

a. Analfabeta \_\_\_\_\_

b. Primaria \_\_\_\_\_

c. Secundaria \_\_\_\_\_

e. Universitaria \_\_\_\_\_

5. ¿Cuál es su ocupación, es decir, que tipo de trabajo realiza principalmente?

a. Ama de Casa

b. Doméstica

c. Trabajo en una oficina

d. Comerciante

f. Agricultora

g. Otro, (*explique*) \_\_\_\_\_



## II. HISTORIA REPRODUCTIVA Y USO PREVIO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

6. Incluido el último embarazo ¿cuántos embarazos ha tenido en su vida, incluyendo los que hayan terminado en un aborto?

- a. Uno \_\_\_\_\_
- b. Dos \_\_\_\_\_
- c. Tres \_\_\_\_\_
- d. Cuatro o más. \_\_\_\_\_

7. Cuando quedó embarazada esta última vez, ¿quería tener un embarazo en ese momento?

- a. Si \_\_\_\_\_
- b. No \_\_\_\_\_

7. ¿Usaba algún método anticonceptivo al momento de salir embarazada

- a. Si \_\_\_\_\_
- b. No \_\_\_\_\_

8. En caso de que su respuesta sea positiva, ¿que método utilizaba?

- A. La píldora \_\_\_\_\_
- B. Los anticonceptivos inyectables \_\_\_\_\_
- C. Otro, (*explique*) \_\_\_\_\_
- d. El condón \_\_\_\_\_
- e. El DIU \_\_\_\_\_

## III. ATENCION PRENATAL

10. ¿Acudió a alguna unidad de salud, para recibir atención prenatal durante su embarazo?

- a. Si \_\_\_\_\_
- b. No \_\_\_\_\_

11. ¿Que tipo de recurso la atendió durante sus controles prenatales?

- a. Medico general \_\_\_\_\_
- b. Medico en servicio social \_\_\_\_\_
- c. Enfermera \_\_\_\_\_

12. Durante sus visitas de atención prenatal ¿recibió información sobre métodos de planificación familiar para posponer su próximo embarazo?

- a. Si \_\_\_\_\_
- b. No \_\_\_\_\_



13. ¿Aceptó usar algún método anticonceptivo durante los controles prenatales?

- a. Si \_\_\_\_\_ b. No \_\_\_\_\_ (saltar a la pregunta 15)

14. ¿Que método anticonceptivo seleccionó durante estas consejerías?

- |                                    |                            |
|------------------------------------|----------------------------|
| a. Gestágenos orales _____         | d. Preservativos _____     |
| b. Los inyectables _____           | e. El DIU _____            |
| c. Otro, ( <i>explique</i> ) _____ | f. Esterilización qx _____ |

15. En caso de no haber seleccionado un método anticonceptivo durante sus controles prenatales, ¿Cuál fue la razón de no selección?

- a. Temor \_\_\_\_\_  
b. No tenía pareja \_\_\_\_\_  
c. Consideró que no era el tiempo adecuado \_\_\_\_\_  
d. Otro, (*explique*) \_\_\_\_\_

16. ¿Que tanto le entendió a lo que le dijeron durante el Control Prenatal acerca de la Planificación Familiar?

- a. No entendió nada \_\_\_\_\_  
b. Entendió poco \_\_\_\_\_  
c. Le entendió mucho \_\_\_\_\_

#### IV. ATENCIÓN DURANTE EL PARTO

17. ¿Que tipo de recurso la atendió durante el trabajo de parto?

- a. Medico general \_\_\_\_\_  
b. Medico en servicio social \_\_\_\_\_  
c. Enfermera \_\_\_\_\_

18. Durante el trabajo de parto, ¿recibió información sobre métodos de planificación familiar para posponer su próximo embarazo?

- a. Si \_\_\_\_\_ b. No \_\_\_\_\_

19. ¿Aceptó usar algún método anticonceptivo durante el trabajo de parto?

- a. Si \_\_\_\_\_ b. No \_\_\_\_\_



20. ¿Que método anticonceptivo seleccionó durante este momento?

- |                                    |                            |
|------------------------------------|----------------------------|
| a. Gestágenos orales _____         | d. Preservativos _____     |
| b. Los inyectables _____           | e. El DIU _____            |
| c. Otro, ( <i>explique</i> ) _____ | f. Esterilización qx _____ |

21. En caso de no haber seleccionado un MÉTODO ANTICONCEPTIVO durante el trabajo de parto, ¿Cuál fue la razón de no selección?

- a. Temor \_\_\_\_\_
- b. Consideró que no era el tiempo adecuado \_\_\_\_\_
- c. No tenía pareja \_\_\_\_\_
- d. Otro, (*explique*) \_\_\_\_\_

22. ¿Que tanto le entendió a lo que le dijeron durante el PARTO acerca de la Planificación Familiar?

- A. No entendió nada
- B. Entendió poco
- C. Le entendió mucho

## V. ATENCIÓN DURANTE EL PUERPERIO

23. ¿Que tipo de recurso la atendió posterior al parto?

- a. Medico general \_\_\_\_\_
- b. Medico en servicio social \_\_\_\_\_
- c. Enfermera \_\_\_\_\_

24. Posterior al parto, ¿recibió información sobre métodos de planificación familiar para posponer su próximo embarazo?

- a. Si \_\_\_\_\_
- b. No \_\_\_\_\_

25. ¿Aceptó usar algún método anticonceptivo posterior al parto?

- a. Si \_\_\_\_\_
- b. No \_\_\_\_\_

26. ¿Que método anticonceptivo seleccionó durante este momento?

- |                                    |                            |
|------------------------------------|----------------------------|
| a. Gestágenos orales _____         | d. Preservativos _____     |
| b. Los inyectables _____           | e. El DIU _____            |
| c. Otro, ( <i>explique</i> ) _____ | f. Esterilización qx _____ |





27. En caso de no haber seleccionado un MÉTODO ANTICONCEPTIVO durante el trabajo de parto, ¿Cuál fue la razón de no selección?

- a. Temor \_\_\_\_\_
- b. Consideró que no era el tiempo adecuado \_\_\_\_\_
- c. No tenía pareja \_\_\_\_\_
- d. Otro, (*explique*) \_\_\_\_\_

28. ¿Que tanto le entendió a lo que le dijeron durante el PUERPERIO acerca de la Planificación Familiar?

- A. No entendió nada \_\_\_\_\_
- B. Entendió poco \_\_\_\_\_
- C. Le entendió mucho \_\_\_\_\_

## VI. NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DE LA USUARIA

29. ¿Sabe usted, cuál es el período considerado como óptimo para recuperar la fertilidad posterior al parto?

- a. Menos de dos meses \_\_\_\_\_
- b. De dos a seis meses \_\_\_\_\_
- c. Siete meses o más \_\_\_\_\_
- d. No sabe \_\_\_\_\_

30. ¿Considera que ud que la lactancia materna le protege de embarazos no deseados?

- a. Si \_\_\_\_\_
- b. No \_\_\_\_\_

31. ¿Cuánto tiempo considera usted que postergará su próximo embarazo?

- a. No desea más \_\_\_\_\_
- b. Menos de dos años \_\_\_\_\_
- c. Más de dos años \_\_\_\_\_

32. ¿Utilizo algún método anticonceptivo a su egreso de la sala de maternidad?

- a. Si \_\_\_\_\_ (salta a pregunta 33)
- b. No \_\_\_\_\_ (salta a pregunta 34)

33. ¿Con cuál método anticonceptivo egresó de la sala de maternidad?

- d. Gestágenos orales \_\_\_\_\_
- e. Los inyectables \_\_\_\_\_
- f. Otro, (*explique*) \_\_\_\_\_
- d. Preservativos \_\_\_\_\_
- e. El DIU \_\_\_\_\_
- f. Esterilización qx \_\_\_\_\_



34. En caso de que su respuesta sea negativa, ¿Cuáles fueron sus razones para no utilizar método anticonceptivo a su egreso?

- a. Nadie le hablo de tema \_\_\_\_\_
- b. Le hablaron pero no quiere usarlo por temor \_\_\_\_\_
- c. Le hablaron pero no quiere usarlo por no tener marido \_\_\_\_\_
- d. Otros; especifique: \_\_\_\_\_

35. Usa actualmente un método de PF?

- a. Si \_\_\_\_\_
- b. No \_\_\_\_\_

